UNTERSUCHUNGEN ZUR MOTIVSTRUKTUR BEI JUGENDLICHEN SUIZIDENTEN

(Eine literaturkritisch-empirische Studie)

vorgelegt von

GÜNTER SCHMITZ

aus Preetz

Dortmund 1984

UNIV.
ILLINOIS
BIOL.

Untersuchungen zur Motivstruktur bei jugendlichen Suizidenten

(Eine literaturkritisch-empirische Studie)

Dissertation
zur
Erlangung des Grades eines Doktors
der Erziehungswissenschaften
an der
Universität in Dortmund

vorgelegt von
GÜNTER SCHMITZ
aus Preetz

Referent: Prof.Dr.phil.Walter Piel, Universität Dortmund
Korreferent: Prof.Dr.rer.nat.Kurt Hauss, Universität Kiel

Tag der mündlichen Prüfung: 2o.6.84

Inhaltsverzeichnis

Seite:

Einleitung..... 1

I. Theoretischer Teil..... 4

I.1. Historischer Rückblick..... 4

I.1.1. Vorchristliche Epoche..... 4

I.1.2. Vom frühen Christentum bis zum Mittelalter.....8

I.1.3. Die Neuzeit..... 10

I.1.4. Der Suizid und seine positive Bewertung..... 11

I.1.5. Zusammenfassende Betrachtung..... 13

I.2. Epidemiologie der Suizidhandlung..... 14

I.2.1. Häufigkeit der Selbstmordhandlungen..... 14

I.2.2. Häufigkeit von Selbstmordversuchen..... 16

I.2.3. Soziale Determinanten..... 17

I.2.4. Methoden der Suizidversuche..... 19

I.3. Allgemeine Problemstellung..... 21

I.4. Theorien zur suizidalen Psychodynamik..... 24

I.4.1. Begriffsdefinitionen..... 24

I.4.2. Tiefenpsychologische Theorien..... 25

I.4.3. Narzißmustheorie des suizidalen Geschehens..... 29

I.4.4. Das theoriekombinatorische, psychodynamisch-beschreibende "präsuizidale Syndrom" von RINGEL.....31

I.4.5. Theoriekritisches Resumée..... 36

I.4.6. Lerntheoretische, psychodynamische und kognitive Interpretationsansätze suizidalen Verhaltens..... 41

I.4.7. Theoriekritisches Resumée..... 45

I.4.8. Kritische Zusammenschau..... 47

I.5. Motivations-Motiv-Modell in der vorliegenden Untersuchung..... 48

I.5.1. Begriffsdefinition..... 48

Seite:

I.5.1.1.	Situation	49
I.5.1.2.	Motivation	50
I.5.1.3.	Motiv	51
I.5.2.	Motivations-Motiv-Entwicklung durch Objektion	53
I.5.3.	Motivations-Motiv-Modell dieser Untersuchung	54
II.	Empirischer Teil	57
II.1.	Kritische Anmerkungen	57
II.2.	Fragestellung und Hypothesen	57
II.3.	Beschreibung der Untersuchung	61
II.3.1.	Darstellung der Untersuchungsverfahren	61
II.3.1.1.	Ermittlung der Symptomatik	62
II.3.1.2.	Ermittlung der Motivation und Motivstruktur	63
II.3.2.	Stichprobenerhebung und Ablauf der Untersuchung	66
II.3.2.1.	Methoden der Datenverarbeitung	67
II.4.	Darstellung der Ergebnisse	68
II.4.1.	Allgemeine Betrachtung zum Symptomwandel	68
II.4.1.1.	Suizidbegleitende Symptome und deren Häufigkeit	71
II.4.1.2.	Suizidspezifische Symptome	75
II.4.2.	Untersuchungsbefunde zur Psychopathogenese	79
II.4.2.1.	Allgemeine soziale Determinanten der Untersuchungsgruppe Motivation-Motiv	79
II.4.2.2.	Familiäre Situation	80
II.4.2.3.	Das Verhältnis zur Haupterziehungsperson	82
II.4.2.4.	Verhältnis zu den jeweiligen Elternteilen	84
II.4.2.5.	Außerfamiliäre Beziehungen	86
II.4.2.6.	"Broken home" als Dispositionsfaktor	87

Seite:

II.4.3. Untersuchungsergebnisse zur Problemanalyse..... 89

II.4.4. Reaktionsmuster in Konfliktsituationen..... 96

II.4.4.1. Reaktionsmuster der Untersuchungsgruppe..... 96

II.4.4.2. Psychodynamische Entlastung in Konfliktsituationen..... 102

II.4.5. Suizidale Vorgeschichte..... 103

II.4.5.1. Tatabsicht als Prodromalstadium..... 103

II.4.5.2. Motivationale Bedingungsvariablen im Personen-Umwelt-Bezug..... 106

II.4.6. Ablauf der suizidalen Handlung..... 111

II.4.6.1. Auslösende Idee..... 112

II.4.6.2. Methoden des Suizidversuches..... 113

II.4.6.3. Ort der suizidalen Handlung und Problembereiche..... 116

II.4.6.4. Abschiedsbriefe..... 120

II.4.7. Motivanalyse..... 121

II.4.7.1. Suizidale Zielvorstellungen..... 121

II.4.7.2. Motivstruktur..... 124

II.4.7.3. Motivstruktur der Patienten der Untersuchungsgruppe..... 132

II.4.8. Zusammenschau und Gesamtbetrachtung der Ergebnisse..... 139

II.4.8.1. Motivstruktur und Symptomatik..... 139

II.4.8.2. Motivstruktur und soziale Determinanten. 142

II.4.8.3. Motivstruktur und Problembelastung..... 144

II.4.8.4. Motivstruktur und Reaktionsmuster..... 145

II.4.8.5. Motivstruktur und Problemlösungsmöglichkeiten..... 146

II.4.8.6. Motivstruktur und suizidale Vorgeschichte..... 148

II.4.8.7. Ablauf der suizidalen Handlung..... 149

III.1. Beantwortung der Fragestellung und Hypothesen..... 152

III.2. Zusammenfassung..... 155

III.3. Rückschauende Betrachtung..... 158

Literaturverzeichnis..... 160

Anhang

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538102_0007

Einleitung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den Behandlungskonzepten für Jugendliche, die einen Suizidversuch unternommen haben, eine Basis des "psychologischen Verstehens" (RINGEL 1969) zu geben. Therapeutische und präventive Maßnahmen legieren sich im therapeutischen Umgang mit Patienten, die einen Suizidversuch unternommen haben, denn der Versuch impliziert einen erneuten, bisher nicht erreichten wie auch immer gearteten Lösungsversuch, also eine weitere Gefährdung durch suizidale Dynamik. Suizidprävention im weitesten Sinne mit den nach RINGEL zwei zentralen Fragen, wie es möglich sei, "rechtzeitig auf selbstmordgefährdete Menschen aufmerksam zu werden und mit ihnen in Kontakt zu kommen", hat ebenfalls ihre Quellen im psychologischen Verstehen, d.h. im Erfassen der Motivation und Motivstruktur.
Motivation und Motivstruktur werden dabei als "konstituierende Glieder" eines "Wertganzen", der suizidalen Handlung, betrachtet. Sie erschließen den "Sinn", d.h. "die Wertverwirklichung" durch das "sinnvolle Auffassen geistiger Zusammenhänge" (SPRANGER 1926). Motivation und Motivstruktur sind in Anlehnung an DILTHEY Faktoren, die die "Übergänge eines Zustandes in einen anderen erwirken", und sie lassen somit den "Strukturzusammenhang des Seelenlebens, den lebendigen Wirkungszusammenhang, verstehen" (DILTHEY 1894).

Seit mehr als zwei Jahrzehnten ist in der Bundesrepublik eine Zunahme der Selbstmordziffern zu verzeichnen. Neben einem außerordentlichen Anstieg vollendeter Suizide im höheren Lebensalter ist auch die Zahl der Selbstmorde bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden gestiegen. Hat die Zahl der Selbstmorde von Jugendlichen und Heranwachsenden in den vergangenen 30 Jahren einen relativ konstanten Zuwachs erfahren, so ist die Zahl der Selbstmordversuche in diesen Altersgruppen seit Anfang der 70iger Jahre rapid gestiegen (statistische Quellen).

Die Fragen nach Präventions- und Therapiestrategien hat also nicht an Dringlichkeit verloren, sondern zugenommen. Unterstellt man bei kritischer Würdigung der in dieser Arbeit gesichteten Literatur die unverminderte

Aktualität der Aussage KREITMANN's:"We know everything about suicidal behavior except why people engage in it" (1974), wird die Notwendigkeit für das vorgestellte Untersuchungsprojekt evident: Die Erfassung von Motivationsabläufen und Motivstrukturen Jugendlicher, die einen Selbstmordversuch unternommen haben. Der Selbstmordversuch wird als ein Glied in einer Kette von psychodynamischen Abläufen angesehen. Er ist nicht als eine isolierte Verhaltensstörung zu betrachten, sondern als das Element eines Ganzen.

Gemäß dem Wissenschaftsbegriff, daß Forschung "methodische Erkenntnis des Objektes und seiner faktischen Bedingungen, seines Aufbaues, seines Werdens, seiner Grenzen und seiner Voraussetzungen" (PIEL 1979) ist, muß die Motivstruktur eines Suizidversuches aus seinem Handlungsablauf, aus der Psychogenese des Patienten und dessen aktuellen psychosozialen Existenzbedingungen hergeleitet werden.

Entsprechend der obigen Forderung gliedert sich der empirische Teil der Arbeit, die Untersuchung,in zwei Teilbereiche :

a) eine Population von Jugendlichen nach Suizidversuch wird mit ihrer prävalierenden Symptomatik mit einer Kontrollgruppe klinisch anders auffälliger Jugendlicher verglichen, um so möglicherweise eine "suizidtypische Diagnose ("Bestimmung der konkreten Fakten und Bedingungen mit prognostischen Aussagen") (PIEL 1979) machen zu können.

b) Innerhalb der Untersuchungsstichproben werden die vergangenen und momentanen externen sowie internen Bedingungsvariablen erfaßt, um Klassifizierungsmöglichkeiten jugendlicher Suizidenten anhand von statistisch unterscheidbaren Motivstrukturen aufzuzeigen.

Demgemäß gliedert sich die Arbeit in zwei Hauptteile:

1. In einen theoretischen Teil, in dem neben einem geschichtlichen Abriß zur Epidemiologie und Bewertung des Suizids vor allem Theorien suizidalen Verhaltens unter diagnostischer Betrachtung dargelegt werden,sollen auch die bisher häufig gewonnenen Motivbegriffe kritisch hinterfragt und ein eigenes Modell von Motiv und Motivaufbau bei jugendlichen Suizidenten dargestellt werden.
   Der letzte Abschnitt des theoretischen Teiles gilt der Entwicklung spezieller Fragestellungen und Hypothesen für die empirische Untersuchung.

2. Im zweiten, empirischen Teil werden die Stichprobengruppen und die Methoden der Datenerfassung und -verarbeitung vorgestellt. Daran schließt sich die Darstellung der Ergebnisse an, ihre Interpretation und Diskussion, um daraus eine diagnostische Ausgangsbasis für Therapie und Prävention herleiten zu können.

Die vorgelegte Arbeit ist Bestandteil eines größeren Forschungsprojektes zur Entwicklung von Therapiekonzepten bei Störungen, die im weitesten Sinne als Folge depravierter Entwicklungen anzusehen sind. Bisherige Arbeiten befassen sich mit symptomatologischen und motivationalen Klassifizierungsversuchen Jugendlicher (SCHMITZ 1980,1983), Problembelastungen und Problemstrukturen jugendlicher Suizidenten (SCHMITZ 1980, HOBROCKER,RAMBOW und SCHMITZ 1980) sowie Motivstrukturen jugendlicher Rechtsbrecher (SCHMITZ 1981) und Behandlungskonzepten für kriminelle Jugendliche (SCHMITZ 1978,1981).

I. Theoretischer Teil

I.1. Historischer Rückblick

I.1.1. Vorchristliche Epoche

Die "diametralen Ergebnisse" (SIMSON 1976) bei der Betrachtung zur Ursache, Therapie und Prävention des Suizids resultieren aus differenten moralischen und ideologischen Sichtweisen, denen der Einzelne verpflichtet ist. Demgemäß wird die Suizidtat als absurd und tragisch, als heroisch und gemein, als tapfer und feige, als Zeichen von Freiheit und Unfreiheit verdammt oder gelobt. Solche Polarisierung der Beurteilung durchzieht epochal Geschichte, Philosophie und Religion aller Völker.

Die Suizidtat, der Suizidversuch als philosophisches und damit moralisches Problem reicht weit in die vorchristliche Zeit zurück.

Das Alte Testament beschreibt nur wenige Suizidtaten, als erste den "Freitod" des Sauls (LASAULX 1841), des Königs der Israeliten, der 1020 v.Chr. nach der Niederlage gegen die Philister und nach dem Tod dreier seiner Söhne selbst schwer verwundet seinen Waffenträger bittet, getötet zu werden - "ihn mit dem Schwert zu durchbohren", damit er nicht von seinen Feinden "getötet und verhöhnt" würde (LASAULX 1841). In gleicher Weise wird der Tod des Samson alttestamentarisch zumindest gebilligt. Samson, der sich an den Philistern, die ihm die Augen ausstachen, rächte und seinen Tod dadurch in Kauf nahm, daß er die tragenden Säulen des Tempels, an die er gekettet war, einreißt, wird "nachher mit Ehren zur Erde bestattet" (STÄNDLIN 1824).
In der Bibel wird diese Tat gerühmt, da sie dank einer von Gott geschenkten Kraft vollzogen wurde und dem Volk der Israeliten nutzte und seinen Feinden schadete. Alttestamentarisch finden sich hier keine mißbilligenden Hinweise auf den Freitod, vielmehr wird er unter ganz bestimmten Umständen für nötig erachtet,und die Geschichte des jüdischen Volkes kennt zahlreiche Beispiele neben dem Freitod des Samson, des Saul, des Achistophel "in einer solchen schönen Art sich aus dem Leben

zu führen und dem Feind die Macht zu entreißen, jemand zu schmähen, zu demütigen, ihn nach seiner Willkür umzubringen" (LASAULX 1841).

Der Tod der 960 Zealothen, die die Festung Masada gegen die Truppen des Titus verteidigten und die sich in aussichtsloser Lage selbst töteten (73 n.Chr.) (YIGAEL 1979), ist der erste geschichtliche Massenselbstmord, der in der Historie der Juden ruhmreiches Vorbild wurde und eine Entsprechung in den Selbstmordhandlungen israelitischer Minoritäten in Mainz und York im 12. Jahrhundert, Verdun und Nemiroff im 17. Jahrhundert bis hin zum Aufstand im Warschauer Ghetto 1944 fand. Die Israeliten wählten den Freitod, um Gewalt und Unterdrückung zu entgehen. Eleazar, der Führer der Zealothen, motivierte die Glaubensgemeinschaft mit dem Satz:"Death afforts our souls their liberty and sends them to their own place of purity,where they are to be insensible to all sorts of miseries" (CHORON 1972).

Massenselbstmord als Phänomen ist aber nicht nur jüdischen oder christlichen Sekten und Volksgruppen zuzuordnen, er läßt sich ebenso epochal und weit verbreitet wie die Suizidtat des Einzelnen belegen. Plutarch beschreibt den Untergang der 100.000 Kimbern 101 v.Chr. in der Schlacht bei Vercellae, weiter erinnert man sich der Selbstaufopferung der Inkas bei der Eroberung ihres Reiches durch spanische Conquistadores und an den Hereroaufstand in Deutsch-Südwest.

Die älteste Selbstmörderin in der griechischen Literatur ist die Mutter und Gattin des Ödipus, die sich wegen ihrer "Greueltat" erhängte. Sie wählte eine Art des Freitodes, die in der damaligen Zeit als schmachvoll galt. Der "unerträglichen Schande" zu entgehen,ist Helena, die Frau des Odysseus bereit, "sich selbst den Tod zu bringen" (HIRZEL 1908). Der Selbstmord gilt in frühgriechischer Zeit nicht als Schande, obwohl es den Griechen Grundsatz war, daß "das Seelenleben im Licht der Sonne der Güter Höchstes ist und daß es, selbst von Leiden gedrückt, jedes, auch das bevorrechtete Schattenleben im Dunkeln des Hades an Wert unendlich übertrifft" (HIRZEL 1908).

Einen Einstellungswandel zum Suizid findet man nachhomerisch in der Zeit der griechischen Kolonisation (750-550 v.Chr.). Unter dem Einfluß HERIOTs, der Gnomiker und Pessimisten, gilt die individuelle Existenz, "die eigene Person, ihre Freiheit, ihre Interessen als das höchste Gut", und als größte"Bestätigung menschlicher Freiheit hat der Selbstmord gegolten" (HIRZEL 1908). Die starke Betonung der Individualität und der aus der Philosophie des Pessimismus resultierenden Egozentrizität disponieren Selbstmordhandlungen. Im 5. vorchristlichen Jahrhundert wird eine erste Häufung der Selbstmordzahlen beschrieben. Es ist, wie HIRZEL schreibt, die Epoche der "ruhmvollen Selbstmörder", da verletztes Ehrgefühl, die Furcht vor Scham den Selbstmord fordern. Die leukirischen Mädchen, die von spartanischen Truppen vergewaltigt worden waren, suizidierten sich und wurden in einem "heroischen Kult" (HIRZEL 1908) verehrt. Furcht vor Scham war der Auslöser für den Selbstmord des Pantides, des einzigen Überlebenden der Schlacht bei den Thermophylen (480 v.Chr.). Pantides erhängte sich nach seiner Rückkehr nach Sparta, da er sich nicht ehrenhaft wie die 300 spartanischen Soldaten unter ihrem König Leonidas der persischen Übermacht gestellt und selbst geopfert hatte. Er galt in Sparta als unehrenhafter Mann, der folglich den Selbstmord in Form des Erhängens wählte.

Die Zunahme der Selbstmordrate führte im antiken Griechenland im Ausgang des 5. Jahrhunderts v.Chr. vereinzelt in verschiedenen Stadtstaaten zu gesetzlichen Maßnahmen, die darin bestanden, den Selbstmördern eine schimpfliche Bestattung oder posthume Behandlung als Verbrecher anzudrohen.

Um 420, mit den Anfängen der Ethik, greift in PLATONs (427-347 v.Chr.) und ARISTOTELES' (384-322 v.Chr.) philosophischen Schriften insbesondere bei dem Grundproblem der Fragen nach dem "richtigen Handeln" der Gedanke Raum, daß der Einzelne nicht so sehr sich selbst, sondern der Polis gegenüber verpflichtet sei, und damit - der Verpflichtung an die Gemeinschaft - wird dem Selbstmörder seine moralische Freiheit zum Suizid entzogen.

Der von den Pythagoräern übernommene Kern platonischer Philosophie "daß die Seele unsterblich und der Tod die Trennung von Leib und Seele sei" (SCHERER 1979), barg die Forderung, daß sich der Mensch durch befreienden Lebensvollzug, d.h. durch Überwindung "der Lüste und Begierden und Traurigkeiten und Ängste (PHAIDON 83 a-e) und allen anderen menschlichen Übeln (81 a) vorbereitete, damit die Seele sich nach der Befreiung vom Körper im Tode an einen anderen edlen und reinen und unsichtbaren Ort begebe, in den wahren Hades" (80 d) (PLATON, zit. nach SCHERER 1979). Die irdische leibliche Existenz in einer philosophischen Lebensführung, so wie sie SOKRATES seinem Schüler PLATON vorlebte, schuf erst die Voraussetzung für die Unsterblichkeit der Seele, und der Suizid, die Selbstentleibung, wäre nicht als Überwindung sondern als eine Unterwerfung zu betrachten gewesen.
In PLATON's Apologie allerdings erscheint der Tod seines Lehrers SOKRATES (399 v.Chr.)als ein Suizid aus Gründen des "richtigen Handelns". SOKRATES betrachtete seinen Tod, den er hätte verhindern können, "er hätte aus dem Gefängnis fliehen können" (PAYNE 1974), als notwendige Unterwerfung unter die Gesetze der Polis.

Am Ende des 4. vorchristlichen Jahrhunderts tritt eine neue Betrachtungsweise durch die Lehre des XENON von Kithion (336-264 v.Chr.) (der Stoa) in den Vordergrund, denn XENON betont das Recht des Einzelnen, seiner Freiheit Ausdruck zu verleihen. Die Suizidtat sieht man als eine Handlung, in der der "autarkis" Frieden für "seine Seele" (HIRZEL 1908) zu finden vermag.
Dieser Seelenfriede als "Unberührbarkeit vom Leiden, von den Wechselfällen des Daseins" sollte zu einer "geistigen Autarkie, von der Außenwelt unabhängig" (SCHERER 1979) führen.
Die stoische Lehre mußte großen Anklang in einer Zeit finden, in welcher die Polis, auf die hin noch PLATON und ARISTOTELES ihre Aussagen zur Politik verstanden hatten, ihre Bedeutung einbüßte und der einzelne Mensch sich infolge bedeutender gesellschaftlicher Umwälzungen auf sich selbst zurückgeworfen fand.

Der Aufstieg Roms nach den punischen Kriegen zur Vormacht im westlichen Mittelmeer führte zu einer Assimilierung griechischer Kultur und Philosophie mit der römischen und ließ die Lehre der Stoiker richtungweisend für das philosophische Denken mehrerer Jahrhunderte werden. Die präformierende Idee der "dignitas" findet ihren Ausdruck in dem individuellen Rechtsanspruch, über Leben und Tod selbst zu entscheiden. Damit wird das Individuum partiell göttlicher Allmacht teilhaftig und die Teilhabe am göttlichen "logos" erlaubt es ihm, über sein Leben oder seinen Tod selbst zu entscheiden. Die Folge war eine außerordentlich hohe Suizidrate in der römischen Republik, die sowohl Verbote des Selbstmordes aber auch eine hohe Anerkennung dieser Taten kannte, nämlich dann, wenn der Selbstmord aus Gründen der Würde vollzogen wurde. Der "Selbstmordkult" (HIRZEL 1908) der römischen Kaiserzeit findet seinen Höhepunkt darin, daß die Selbstmordtat vorher öffentlich angekündigt, mit Freunden besprochen, behördlich sanktioniert und anschließend öffentlich zelebriert wird.

Der Ersatz der Ethik durch religiöse Ideen, das Eindringen des Orientalismus in die römische Philosophie und das Raumgreifen des Christentums führten dazu, daß sich immer mehr Menschen selbst "entleibten" (LASAULX 1841). Die Selbstmordhandlung wurde umso eher gewählt, als die Gründe, aus denen sie statthaft war, erweitert wurden. Nicht nur der Schmach, der Scham, der Würdelosigkeit galt es zu entgehen, sondern auch die Versagung von Glück und Erfolg, etwa in einer enttäuschten Liebesbeziehung, galt zu Beginn der römischen Kaiserzeit als hinreichend, den Selbstmord zu rechtfertigen.

I.1.2. Vom frühen Christentum bis zum Mittelalter

Die Anhänger neuer Religionen, vom monotheistischen Emanakult bis hin zu den frühchristlichen Gemeinden, sahen in ihrem irdischen Leben nur eine Phase des Oberganges, in der die leibliche Existenz wenig galt, der Tod - eben auch der Selbstmord - den Zugang zu einer besseren jenseitigen Existenzverheißung bedeutete, was sich vor allem in dem Tod der Märtyrer offenbarte.

Mit den Heilsideen wurde eine neue "Quelle des Selbstmordes" (FICHTE 1908) erschlossen, die den Griechen und Römern unbekannt war. Der Selbstmord widersprach jedoch dem Grundsatz christlicher Askese und dem Prinzip der göttlichen Allmacht, aber wohl auch "dem politgeistigen Instinkt der Häupter der Christenheit" (HIRZEL 1908).

War die Selbsttötung, Entleibung, der Freitod, weder in Griechenland noch in Rom längerfristig eine strafwürdige Tat, außer wenn sie von Kriminellen, Soldaten oder Sklaven vollzogen wurde, so wird sie es durch das Verdikt des Aurelius Augustinus (354-430). Dieses Verdikt spricht den Christen das Recht des freiwilligen Todes, "in welcher Lage immer sie sich finden" (FICHTE 1908), ab und läßt den Freitod zu einer Sünde gegen das 6. Gebot werden, zu einer Mordtat gegen das eigene Selbst. Die christliche Kirche verbietet auf ihren Konzilen in Braga 563, in Auxerre 578 und Antisidor 590 den Selbstmord als Todsünde. Eine Erneuerung und Betonung dieser Bewertung des Selbstmordes erfolgte 1284 durch die Synodalen von Nimes, die darüber hinaus festlegen, daß ein Selbstmörder auf einem kirchlichen Friedhof nicht beigesetzt werden darf, sondern mit einer "sepultura assinina" (DUBITSCHER 1965) zu bestrafen sei. "Das Vermögen der Toten wurde konfisziert; es kam sogar zu Exekutionen an Leichen" (DUBITSCHER 1965).

Das Tabu des Selbstmordes währte mehr als 1000 Jahre und führte dazu, daß Selbstmörder schlimmer als Aussätzige behandelt wurden und die Leichen von Selbstmördern sehr häufig "auf den Abfallhaufen" (FLETSCHER 1976) geworfen wurden bzw. bei dem Mißlingen der Tat der Täter anschließend öffentlich gehängt wurde.
"Im christlichen Mittelalter war der Selbstmord so selten, daß man versucht sein könnte, zu glauben, die Selbstmordneigung sei in diesen Zeiten ganz ausgestorben gewesen, wenn nicht die Strafbestimmungen der mittelalterlichen Rechtsbücher auf ein gelegentliches Vorkommen hindeuteten" (KROSE 1906).

Das kanonische Recht wie auch der Talmud lassen im Gegensatz zum Koran, der den Suizid ohne Einschränkung verbietet, eine Selbstmordtat unter

bestimmten Umständen als statthaft gelten, wenn die "Unschuld in Gefahr sei oder der Tod durch Feindeshand bevorstand" (DUBITSCHER 1965).

I.1.3. Die Neuzeit

ERASMUS von Rotterdam (1465-1536) und 50 Jahre später Thomas MORUS (1561) geben erste kritische Anstöße, das moralische Selbstmordverbot in Frage zu stellen. Johann Du VERGES (1609), John DONNE (1644) und David HUME (1777) mit seinem Essay "On Suicide" geben der Diskussion um die ethische Wertung der Selbstmordtat entscheidende Impulse, die von Verfechtern der Aufklärung - MONTAIGNE,VOLTAIRE,ROUSSEAU und MONTESQUIEU- aufgegriffen und weitergetragen werden.
Im England des 17. Jahrhunderts stieg die Selbstmordrate zwischen 1705 und 1755 sehr stark an. So belegt es KROSE (1906) mit entsprechenden Statistiken.
Das dreiteilige Werk des englischen Geistlichen John DONNE, "Biathanatos", fand große Resonanz, da es als Legitimation "englischer Lebensverachtung" (ADLER 1910) diente.Die Selbstmordneigung der Engländer, "The English Malady" (CHEYNE, zit. nach ROSEN 1971),von der ADLER 1910 sagte, sie sei nicht zuletzt Folge einer Massensuggestion, die von "Hamlets melancholischer Betrachtung über Sein oder Nichtsein" ausging, fand ihre Entsprechungen auch auf dem europäischen Festland.
In der ersten Hälfte des 18.Jahrhunderts wird über eine Selbstmord-epidemie in Frankreich berichtet und im ausgehenden 18.Jahrhundert darüber auch in Deutschland. Sie sei getragen gewesen von "Gefühls-empfänglichkeit, Gefühlskult und Weltschmerz" (SCHMIDT 1968) der der Aufklärung folgenden Epoche der Romantik.
GOETHE's Werther (1774), dessen "Krankheit zum Tode", als ein "Organon der Epoche was seiner Zeit seelisch und formal entsprach" (LAATHS 1953), soll "die Menschen in die Versuchung des Selbstmordes geführt" (GOETHE 1830)haben. Diese Meinung, daß das sogenannte Werther-Fieber eine Selbstmordwelle ausgelöst habe, besteht zu Unrecht bis in die heutige Zeit. "Was konkret an Werther-Opfern übrig bleibt, ist wenig" (SCHMIDT 1968).Der Vorwurf an GOETHE war vielmehr Ausdruck über das "Werther-Ärgernis" von "Eiferern konservativer oder orthodoxer Seite" (SCHMIDT 1968).

Im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts läßt sich in Westeuropa ein Anstieg der Suizidrate belegen, wobei die Zuwachsrate "in Nord- und Mitteldeutschland und den skandinavischen Ländern gegenüber den südlichen romanischen Ländern" (KROSE 1906) deutlich größer ist. Aus den zunehmenden Zahlen statistischer Erhebungen in den vergangenen 150 Jahren zur Suizidalität, deren erste stammt von "FALRET 1822" aus Paris (ROSEN 1971), läßt sich ein relativ konstanter Anstieg der Zahl der Selbstmordtoten, bezogen auf die Einwohnerzahl der jeweiligen Staaten, im gesamteuropäischen Rahmen, in Nordamerika und auch in Japan, belegen. Einen ersten Erklärungsansatz für diese Entwicklung lieferte 1897 der französische Soziologe Emile DURKHEIM mit seinem Werk "Le suicide".

In den vergangenen zwei Jahrhunderten vollzog sich eine schrittweise Umwertung der Selbstmordhandlung. Sie wandelte sich in der Bewertung von einem sündhaften zu einem abnormen Verhalten."Two major approaches to an understanding of suicide developed, which may be designated as statistical-sociological and medical-psychiatric" (ROSEN 1971). Demgemäß änderte sich auch, im Sinne eines interdependenten Prozesses, die strafrechtliche Beurteilung. Friedrich der Große hob als erster Staatsmann der Neuzeit 1751 die Vorschrift über die Bestrafung des Selbstmordversuchers auf. Sehr langsam setzte sich in der Folgezeit in den Staaten der westlichen Hemisphäre eine Liberalisierung der Anschauung über die Strafwürdigkeit von Selbstmordtaten durch. Frankreich schaffte 1790, Österreich 1850 und England 1961 in dem "Suicide Act" der rechtlichen Bewertung ein Ende, daß es ein Verbrechen sei, sich als gesundes oder krankes Individuum das Leben zu nehmen oder den Versuch dazu zu unternehmen.

I.1.4. Der Suizid und seine positive Bewertung

Der Suizid war nicht nur eine verabscheute, verdammungswürdige Tat, sondern galt in bestimmten Kasten, Gruppen und Sekten auch als eine zumutbare, bewundernswürdige oder zu erstrebende Handlung. Das wohl bekannteste Beispiel ist das japanische "Harakiri", das spätestens seit dem 15. Jahrhundert ein Vorrecht der Samurai-Klasse war.

Das Harakiri, "eine Art von Strafsuizid" (DUBITSCHER 1965), wurde zur eigenen Ehrenrettung und zur Abwehr von Demütigungen nach einem exakt festgelegten Ritus zelebriert. Obwohl es seit 1868 in Japan einer gesetzlichen Grundlage entbehrte, hat es als Selbstmordart aus den genannten Beweggründen bis heute nicht an Bedeutung verloren. Es ist aber nicht mehr das Vorrecht einer bestimmten sozialen Klasse.
Unter diesem Betrachtungsaspekt muß auch an den Ehrenkodex des preußischen Offizierscorpes wie auch jenen der Weimarer Republik erinnert werden. Bei schweren Verstößen wurde von den Mitgliedern des Offizierscorpes erwartet, daß sie durch eine Selbsttötung der strafrechtlichen Verurteilung zuvorkamen.

Der zumutbare erwartete Suizid findet sich seit jeher in unterschiedlichen ethnischen Gruppen. DUBITSCHER betont, daß es bei den Goten,Dänen und bei den spanischen Kelten Pflicht alternder Männer gewesen sei, Suizid zu begehen. ELLENBERGER (1965) verweist in diesem Zusammenhang auf das "Sati" der indischen Witwen, das er als ein "unter kulturellem und wirtschaftlichem Druck ausgeübtes Pseudoselbstopfer" bezeichnet. Das "Sati" war bis zu seinem gesetzlichen Verbot durch die Engländer 1830 wie das Harakiri ein Vorrecht der Mitglieder höherer Kasten bzw. Klassen.

Als zumutbare oder zu erstrebende Handlung wird der Selbstmord bei einer Anzahl religiöser Sekten und ideologischer Gruppierungen evident. Das bekannteste Beispiel der Historie dürften die Raskolniken im 17. und 18. Jahrhundert im zaristischen Rußland sein. Die Raskolniken waren eine religiöse Splittergruppe der russisch-orthodoxen Kirche, die sich im Laufe der Jahrhunderte - vom 11. Jahrhundert an - zunehmend mehr in Opposition zu Staat und Kirche brachten und grausam verfolgt wurden. Sie erachteten den Selbstmord als erlaubt und erstrebenswert:"Sie vollzogen ihn nicht nur oft an sich, sondern suchten auch andere durch Zureden zu demselben zu bewegen, ja durch Drohungen und Martern zu nötigen. Zu Hunderten oder Tausenden stürzten sie sich oft ins Wasser oder Feuer" (STÄNDLIN 1824).

Zeitlich näherliegende Beispiele angestrebter Suizidhandlungen aus religiösen oder ideologischen Gründen sind einmal der Massenselbstmord einer religiösen Sekte auf Guayana und zum anderen der Selbstmord

Stammheimer Häftlinge.
Die Selbstaufopferung und der damit verbundene Tod durchzieht die Kulturgeschichte der Menschheit und reicht von Masada bis in die Gegenwart.

I.1.5. Zusammenfassende Betrachtung

Die Geschichte des Selbstmordes in unserem westlichen Kulturkreis hat seine Anfänge in der jüdischen und griechischen Historie. Den Juden galt der Selbstmord bis zur Festschreibung ihres Glaubensgutes im Talmud (5. Jahrhundert) nicht als eine verdammenswürdige Tat, vielmehr als eine Handlung, die notwendig erschien, Demütigungen abzuwenden.
In gleicher Weise wurde die Suizidhandlung in der homerischen Epoche Griechenlands bewertet. In den folgenden Jahrhunderten, bis zu den Anfängen der Ethik, betrachtete man den Selbstmord als Bestätigung "menschlicher Freiheit",und die Geschichtsschreibung berichtet über eine Häufung von Suizidhandlungen, die in einigen Stadtstaaten Griechenlands zu Strafgesetzen für Selbstmörder führte.
Die im 5. und 4. Jahrhundert v.Chr. vorherrschende Philosophie PLATOs und ARISTOTELES' sprach den Individuen im antiken Griechenland das Recht,über das eigene Leben zu verfügen, ab, und somit war die Selbstmordhandlung verpönt.
Mit dem zunehmenden Einfluß der Stoa am Ende des 4. vorchristlichen Jahrhunderts kommt es zu einem erneuten Anstieg der Suizidneigung, denn die Stoiker betonen das Primat des Individuums und damit auch seinen Anspruch auf Selbsttötung.Die Stoa wurde im Zuge der Assimilierung der griechischen durch die römische Kultur zur determinierenden philosophischen Richtung in der römischen Republik und frühen Kaiserzeit, so daß die Suizidrate der damaligen Epoche im antiken Rom erheblich anstieg. Der Suizid wurde als das letzte Mittel,die eigene Würde zu wahren,angesehen und häufig kulthaft dargeboten.

Der christliche Glaube und seine Ethik schufen einen entscheidenden Wandel in der Bewertung der Selbstmordhandlung. Diese wurde durch das Verdikt des Augustinus zu einer Sünde, für die das kanonische Recht eine Reihe schwerster Strafen bereithielt, die über den Tod des Opfers hinaus wirksam wurden und dessen Anverwandte ebenso betreffen konnten.

Die kirchenrechtliche Wertung der Suizidhandlung fand im Spätmittelalter Zugang in das westliche Recht. Folgt man BAYREUTHER (1959), dann war und ist die Suizidrate in christlichen Ländern der westlichen Welt trotz des strengen Tabus höher als in Ländern anderer Religionen und sogar höher als in jenen Ländern, in denen der Suizid mit keiner Rechts- oder Strafvorschrift belegt war und ist.

Im Zeitalter der Aufklärung begann ein erneuter Bewertungswandel der Selbstmordhandlung, die zunehmend weniger als Verstoß gegen göttliche Gebote betrachtet wurde, sondern vielmehr als ein krankhaftes Verhalten, das als Folge einer seelischen Abnormität zu betrachten war. Die Suizidtat wird damit ein Gegenstand, der der strafrechtlichen Bewertung entzogen und der psychiatrischen zugeordnet wird.

In klassischen Zeiten galt der Suizid als eine tragische Entscheidung, die dazu diente, die menschliche Würde zu wahren."Dann war er jahrhundertelang eine Sünde, dann wurde er zum Verbrechen, dann zur Krankheit" (FLETSCHER 1976).

Im vergangenen Jahrzehnt wandelte sich die Betrachtungsweise erneut und der Selbstmord wird "ein wahrhaft ernstes philosophisches Problem" (CAMUS 1959).
Die Suizidtat wird in den jeweiligen geschichtlichen Epochen moralisch und rechtlich different betrachtet, erfährt aber dennoch im Bereich der Dichtung von der griechischen Antike bis in die Gegenwart eine gleichgeartete Zuschreibung: eine tragische Entscheidung.

I.2. Epidemiologie der Suizidhandlung

I.2.1. Häufigkeit der Selbstmordhandlungen

In der Bundesrepublik nimmt die Zahl der Selbstmorde seit deren Bestehen ständig zu, ebenso wie die Zahl der Selbstmordversuche. In den vergangenen drei Jahrzehnten hat die absolute Zahl der Selbstmorde, alle Altersstufen zusammengefaßt,um 53,4% zugenommen, und die Qote der Suizide,bezogen auf 100.000 Einwohner,

stieg von 18,8 auf 22,2%, d.h. eine prozentuale Zunahme von 18,1% (Tabelle und Abbildung 1). Hinter der Gesamtzahl eines jeden Jahrganges verbergen sich allerdings zahlenmäßig sehr große regionale Streuungen der Selbstmorde, die nicht nur durch die Datenerfassung bedingt sind, sondern auch durch soziale Determinanten. So liegt in Rheinland-Pfalz 1971 die Selbstmordquote bei Männern mit 21,8% weniger als halb so hoch wie die Westberlins mit 48,1,bzw. weist Westberlin mit einer Selbstmordquote von 35,5 bei Frauen nahezu das Vierfache des Saarlandes auf, das eine Quote von 9,7 hat.
Die Westberliner Bevölkerung umfaßt in einem höheren Maße als vergleichbare andere Städte Personengruppen, von denen POHLMEIER (1981) in Anlehnung an PARNITZKE und RINGEL betont, daß sie "überdurchschnittlich häufig Selbstmord begehen" (POHLMEIER 1981). Dieser Personengruppe gehören vermehrt an:"Alte, politisch,religiös, rassisch Verfolgte, Flüchtlinge und Personen in schwerem sozialen Notstand" sowie solche, "in deren Umgebung vorher ein Selbstmord stattgefunden hat" (POHLMEIER 1981).

Dennoch erreicht die Quotenzuwachsrate von 18,8 auf 22,2 innerhalb der drei Jahrzehnte in der Bundesrepublik keine solche Dimension wie sie im Vorkriegsdeutschland bis 1939 zu verzeichnen gewesen ist (s.Tab.1). Diese Zahlen widerlegen die Aussagen von HENSELER (1974), BRON (1979) und DOTZAUER (1979), die von einer Konstanz der Zahl der Selbstmordquoten in der Bundesrepublik ausgehen. Die statistischen Darlegungen widersprechen auch den Annahmen von HEUER (1979), daß "die Selbstmordrate von Generation zu Generation angestiegen ist". Diese Annahme läßt sich auch nicht mit Vergleichszahlen außereuropäischer Länder belegen, etwa anhand der "Statistical Abstracts" (1978) des FBI-Index, demzufolge in den Jahren 1860 bis 1890 die USA eine weitaus höhere Suizidquote aufwiesen als von 1955 bis 1970. Ähnliche Verhältnisse finden sich in Japan, wo die Selbstmordquote in den ersten zwei Jahrzehnten nach der Jahrhundertwende wesentlich höher war als zur heutigen Zeit (Ministery of Health, Tokio 1979).

Japan befand sich nach dem Wechsel vom Lehnstaat zu einer konstitutionellen Monarchie (1889) in einer innen- und außenpolitischen Umbruchsphase. Die expandierenden politischen und militärischen Zielsetzungen trugen der rasch ansteigenden Bevölkerungszahl unter den sich verschlechternden sozialen Lebensverhältnissen Rechnung.

Tabelle 1 - 5 im Anhang

Die Zahl der Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik zeigt einen starken Trend des Anstiegs, vor allem seit 1974/75, wobei der Anstieg in dieser Altersgruppe größer als in allen anderen ist. Der Zuwachs beträgt von 1949 bis 1978 bei Kindern und Jugendlichen insgesamt 95,8% (Erwachsene 83,4%), und von 1960 bis 1978 beträgt er bei den Jugendlichen 63,6% (Erwachsene 25,7%). Dies bedeutet auch, daß der prozentuale Anteil jugendlicher Suizidenten im Alter von 10 bis 20 Jahren an dem Gesamt der Selbstmordtoten von 4,1 auf 5,3% angestiegen ist (s. Tabelle 2).
Infolge dieser Entwicklung ist der Selbstmord seit 1970 die zweithäufigste Todesursache Jugendlicher, während er in den Jahren zuvor die dritt- bzw. vierthäufigste Todesursache war.

Bei genauerer Betrachtung der Anstiegsquote zeigen sich starke regionale Unterschiede, etwa bei dem Vergleich von Bayern, Schleswig-Holstein und Westberlin. In Schleswig-Holstein stieg die Zahl der Selbstmordtoten im Alter von 10 bis 20 Jahren von 1949 bis 1978 nicht nennenswert an, sondern sie hat sich zwischenzeitlich deutlich verringert. In Bayern erfährt sie im gleichen Zeitraum einen relativ konstanten Zuwachs, während in Westberlin eine eher abnehmende Tendenz festzustellen ist (s.Tabelle 3). Die geringen Zahlen in den jeweiligen Bundesländern lassen jedoch keine eindeutigen Aussagen zu. Sie charakterisieren vielmehr einen Trend in den jeweiligen Erfassungsgebieten und streuen auch von Jahr zu Jahr erheblich, was auch auf die mangelnde Genauigkeit bei der Datenerfassung zurückzuführen sein dürfte.

I.2.2. Häufigkeit von Selbstmordversuchen

Größer als der Anstieg der Suizidzahlen ist die zahlenmäßige Zunahme jener Individuen, die einen Selbstmordversuch unternommen haben. Dies gilt vor allem seit Mitte 1970, wenn man sich an den Bundesländern Bayern und Schleswig-Holstein orientiert (s.Abbildung 2 und 3). Dazu liegen jedoch nur aus einigen Bundesländern Zahlen vor, da es seit 1967 keine bundeseinheitliche Regelung zur Erfassung von Suizidversuchen mehr gibt. Folgt man den offiziellen Statistiken im Sinne einer Orientierungsfunktion - denn die Dunkelziffer wird bei Suizidversuchen auf das Zehnfache

geschätzt, da soziale Rücksichtnahme und die scheinbare Paradoxie der Tat bei Jugendlichen zur Minderung der Valenz der Suizidversuche führen - begehen zwei- bis dreimal so viele weibliche Jugendliche Suizidversuche wie männliche (Tab. 4 a, 4 b). Das Verhältnis von Suizid zu Suizidversuch wird in der Literatur als außerordentlich diskrepant beschrieben, wobei jedoch diese Diskrepanz häufig überschätzt zu werden scheint. Aus den Statistiken der Bundesländer Bayern und Schleswig-Holstein läßt sich ableiten, daß das Verhältnis Suizid zu Suizidversuch bei männlichen Jugendlichen zwischen 1 : 2 bzw. 1 : 5 anzunehmen ist, bei den weiblichen Jugendlichen zwischen 1 : 6 bis hin zu 1 : 15 . Durch den stärkeren Anstieg von Suizidversuchen in Relation zu Suiziden wird die zahlenmäßige Spanne zwischen beiden Geschehnissen vor allem im letzten Jahrzehnt zunehmend größer (s. Abbildung 2 und 3 und Tabelle 4 a, 4 b).
Diese Relationen sind wegen der Erfassungsungenauigkeit vor allem auf Seiten der Suizidversuche nur als Schätzwerte anzusehen. Dies wird auch deutlich, wenn man die Differenz bei den Zahlenverhältnissen zwischen Bayern und Schleswig-Holstein betrachtet. In Bayern kommen im Durchschnitt der Jahre 1971 bis 1977 auf einen vollendeten Suizid bei männlichen Jugendlichen 1,7 Selbsttötungsversuche, hingegen in Schleswig-Holstein auf einen Selbstmord 5,2 Selbsttötungsversuche.
Diese Differenz zwischen den beiden Bundesländern läßt sich nicht allein durch soziale Determinanten erklären, sondern muß auch auf die unterschiedliche Datenverfügbarkeit zurückgeführt werden. Suizidversuche als ein die Familie stigmatisierendes Geschehen werden häufig von den Betroffenen und deren Umgebung zu kaschieren versucht, was beim Suizid kaum möglich ist.

I.2.3. Soziale Determinanten

Statistisch hergeleitete Interpretationen zur Ätiologie und Motivation von Suizidtaten basieren häufig auf Scheinkorrelationen. Jahrelang galt die Annahme, daß das „Urbanisierungstrauma" (de RUDDER 1955) ein wichtiger ätiologischer Faktor für Suizidalität sei. Aber schon 1912 konnte ROST bei einer Untersuchung über die Entwicklung der Selbstmordquoten

in 105 deutschen Städten feststellen, daß die Bevölkerungsdichte in den Städten kein ausschlaggebendes Moment für die Suizidziffer sei. Westberlin und Hamburg stehen zwar in der Bundesrepublik in der Rangfolge der Suizidhäufigkeit, gemessen an der Bevölkerungszahl, an erster Stelle bei einer Aufreihung westdeutscher Großstädte, doch scheinen die Altersverteilung der Bevölkerung und andere soziale Faktoren wie Sozialschichtung, Wohnsituation und Arbeitslosigkeit wesentlich relevanter als die Bevölkerungsdichte zu sein. Dies verifiziert sich auch in einem Vergleich der Suizidenten unter 30 Jahren aus Hamburg und München. In Hamburg lag die Quote (N bezogen auf die Zahl von 100.000 Einwohner) für die unter 30-jährigen männlichen Suizidenten 1969 bei 14,0, in München für die gleiche Altersgruppe bei 21,6, und für weibliche Suizidenten unter 30 Jahren in Hamburg lag sie 1969 bei 7,4, in München dagegen bei 15,6.
Betrachtet man weiter den Familienstand, so war der Anteil unverheirateter Selbstmörder in München 1968 doppelt so hoch wie der Unverheirateter in Hamburg, während sich bei verheirateten Suizidenten ein umgekehrter Trend feststellen ließ.
Damit wird offenbar, zumindest tendenziell, daß auch der Familienstand kein relevanter Faktor zur Ätiologiefrage unter statistischer Betrachtung ist, wenn es auch Hinweise darauf gibt, daß Geschiedene beiderlei Geschlechts die höchste Suizidquote gemessen an Ledigen und Unverheirateten aufweisen.

Suizidalität ist multifaktoriell bedingt und erfordert die Erfassung vieler Determinanten, die erst in ihrem Zusammenwirken Valenz erhalten. Speziellere Faktoren scheinen wiederum nur in bestimmten "Subkulturen" (KREITMANN 1980) wirksam zu werden und deren Erfassung ist für Ursachenforschung wesentlicher als statistische interurbane Vergleichszahlen. Untersuchungen über Suizidhäufigkeit in großstädtischen Kommunen wie Hamburg,Mannheim,Edinburg weisen aus, daß bestimmte Bevölkerungsgruppen (Subkulturen) höhere Quoten als andere aufweisen. Das sind Bevölkerungsgruppen, die durch folgende soziologische Determinanten charakterisiert sind: Hohes Durchschnittsalter, hohe Kriminalitätsrate, großer Anteil Alleinstehender, schlechte sozio-ökonomische Bedingungen, d.h. Arbeitsplatz-, Wohn- und Lohnsituation, hohe soziale Mobilität (SCHNEIDMAN u. FABEROW 1961; LINDEN 1969; RINGEL 1969; ROSEN 1970, BRON 1979; KREITMANN 1980)

Und doch müssen auch diese Annahmen kritisch betrachtet werden. Denn die häufig zitierte Entfremdung des Individuums in seiner Umwelt (Wohn- und Arbeitsplatzsituation sowie soziale Desintegration) als Folge zunehmender Industrialisierung und Automatisierung sowie erhöhter Mobilität ist als möglicher ätiologischer Faktor für den Anstieg der Suizidtat allenfalls von additiver Valenz. Amerikanische und finnische Untersuchungen aus den Jahren 1975 und 1978 weisen aus, daß die Suizidziffern und die Zahlen der Selbstmordversuche in ländlichen Regionen sehrwohl höher sein können als in städtischen Ballungszentren (NISKANEN et al. 1975; WEXLER et al. 1978).

Soziologisch orientierte Interpretationen zur Ätiologie in Anlehnung an DURKHEIM sind möglichen Präventionsstrategien dienlich und können unter städtebausoziologischen Betrachtungen Valenz erhalten, da bestimmte Stadtteile Zentren soziologischer Randgruppen werden, deren Einzelmitglieder stärker als Mitglieder anderer Gruppen Erlebens- und Verhaltensstörungen aufweisen.

I.2.4. Methoden der Suizidversuche

In der Literatur wird der Trend zur Tablettenintoxikation als das Hauptmittel des Suizidversuches in allen Ländern beschrieben (STENGEL u. COOK 1958; DOTZAUER et al. 1965; LINDEN 1969; ROSEN 1971; ECKMANN 1974; NISKANEN et al. 1975; WEXLER, WEIßMANN und KASL 1978; SCHMITZ 1978; KREITMANN 1980). Ebenso wie geschlechtsspezifische Differenzen beim Selbstmord immer stärker nivelliert werden - betrachtet man die sehr differenzierten Darlegungen von GRUHLE (1940) als Ausgangsbasis - nähern sich die Mittel des Selbstmordversuches von Männern und Frauen immer mehr einander an. STENGEL und COOK weisen in ihrer Untersuchung zweier Patientengruppen mit Suizidversuchen aus den Jahren 1946/47 und parallel dazu 1953 darauf hin, daß eine deutliche Zunahme von Tablettenintoxikationen vorliege. Beispielhaft für die Bundesrepublik mögen Zahlen des baden -württembergischen Kriminalamtes sein. Die Tablettenintoxikation als Suizidmittel wurde 1949 bei vollendeten Suizidtaten in 11,2% der Fälle gewählt, beim Selbstmordversuch in 37% der Fälle.1965 war die Tabletteneinnahme bei 25,9% der Fälle des

vollendeten Suizides das Mittel der Wahl und bei dem Selbstmordversuch in 54,9%.

Die Verfügbarkeit des jeweiligen Mittels ist ausschlaggebend für seine Wahl. So wird von DOTZAUER (1965) beschrieben, daß in den USA die Schußwaffe - dort ohne große Einschränkungen zu erwerben - das Mittel der Wahl sei, während sie in der Bundesrepublik bedeutungslos ist.

Die Tablettenintoxikation als sogenannte weiche Methode, wie sie nach HENSELER als typisch für den narzißtisch gekränkten Menschen gelten kann, der suizidal ist, wird etwas häufiger von weiblichen Jugendlichen gewählt als von männlichen. Eine systematisch-diagnostische Erwartung ist aber keinesfalls erlaubt, denn es gilt das Primat der Verfügbarkeit neben anderen für die Mittelwahl relevanteren Faktoren wie z.B. Herleitungen aus Lernprozessen (z.B. Lernen am Modell). Erst an zweiter Stelle erfolgt bei beiden Geschlechtsgruppen das Eröffnen der Pulsadern als Mittel des Suizidversuches (BRON 1979; HEUER 1979) (s.Tab. 5).

In einem zunehmend größeren Maße zeichnet sich die Kombination von Tablettenintoxikation und Alkoholeinnahme ab (SCHMITZ 1978). LUNGERSHAUSEN konnte bei seiner Untersuchungsstichprobe einer Studentenpopulation bei 18% der männlichen Probanden und 13% der weiblichen Probanden, die einen Selbstmordversuch unternommen hatten, Alkohol "als Hilfsmittel" eruieren, "das offenbar dazu dienen sollte, letzte Hemmungen vor der Suizidhandlung hinwegzuräumen" (LUNGERSHAUSEN 1968). In ähnlicher Weise charakterisierte GRUHLE (1940) die Funktion des Alkohols, wenn er formulierte, daß dieser dazu diene,"kritische Gegenvorstellungen abzublenden". Alkohol in einer additiven Auslöserfunktion suizidaler Handlungen wird von RINGEL (1969) als Schwächung der Abwehrmechanismen gegen Autoaggression interpretiert. Wieweit Alkohol die Tendenz zu Autoaggressionen umgekehrt sogar stimulieren kann, soll an dieser Stelle vorläufig eine Interpretationsfrage bleiben.

Unter methodischer Betrachtung gehören zu dem Handlungsentwurf, Selbstmord zu verüben, neben der Wahl der Mittel noch weitere motivationspsychologisch relevante Tatelemente, denen in der Literatur keine oder nur geringe Valenz zugeschrieben wird.

Dies sind:

1. Zeitdauer der konkreten Tatplanung und die notwendigen Durchführungsschritte
2. Das Hinterlassen von Abschiedsbriefen und die Adressaten dieser Briefe
3. Der Ort der suizidalen Handlung
4. Die Beschäftigung mit dem Thema Suizid in Medien und Literatur.

Zur Erfassung motivationaler Abläufe, die in eine suizidale Handlung münden, sind darüber hinaus Daten wichtig über die Häufigkeit suizidaler Gedanken unter dem Aspekt kognitiver Lernfrequenzen (EBBINGHAUS, THORNDIKE, THIEL), ebenso über die Auseinandersetzung mit suizidaler Thematik bei Bezugspersonen, dies unter der Betrachtung des einsichtigen und Objektionslernens (KÖHLER, PIEL), wie auch Daten über die Präsenz suizidaler Vorbilder und eigene vorausgegangene Suizidversuche, die unter der Betrachtungsweise des Identifikations- und Erfolgslernens (BANDURA, PIEL, SKINNER, THORNDIKE) bedeutungsvoll sind.

I.3. Allgemeine Problemstellung

Der historische Beleg, daß die Selbstmordtat, wenn sie auf Freiheit und Würde des Einzelnen zielt, ethisch gerechtfertigt erscheint, kann nicht für Kinder und Jugendliche gelten, denn das Streben nach Freiheit und Würde verlangt ein auf Erfahrung und psychischer Ausdifferenzierung und Identität basierendes Wertgefühl. Solche Wert- und Handlungsmaßstäbe sind Kindern und Jugendlichen kaum oder nur als unzureichend zuzusprechen, da sie "sittliche Richtlinien" erst in der Adoleszenz entwickeln. Der Selbstmord und Selbstmordversuch eines Adoleszenten steht zeitlich am Beginn der "Persönlichkeitsfindung des Individuums" (BIERMANN 1961). Die Motive der Suizidhandlungen Jugendlicher resultieren nicht aus existenzethischen Betrachtungen, aus denen CAMUS, FLETSCHER und AMERY die Rechtfertigung der Selbstmordhandlung herleiten. Der Jugendliche wehrt Drohendes ab oder versucht, Gehabtes zu erhalten. "Die adoleszente Individuation ist von dem Gefühl der Isolierung, der Vereinsamung und Verwirrung geleitet, das Bewußtsein der Endgültigkeit am Ende der Kindheit, des bindenden Charakters von Verpflichtungen, der entschiedenen Begrenzung

der individuellen Existenz,selbst schafft ein Gefühl der Dringlichkeit, der Furcht und der Panik" (BLOS 1978). Somit wird der Suizid des Adoleszenten zur "Rettungsphantasie", wie BLOS es formuliert, in der das Individuum eine für sich "wohlwollende Umgebung" schafft, wobei "die Reduktion komplizierter Probleme auf eine einfache Bedingung, um die sich alles zu drehen scheint" (BLOS 1978),geschieht.

Die Rettungsphantasien sind ein normalpsychologischer Prozeß in der Adoleszenz und haben ihre Quelle und Vorbilder in den schon von FREUD (1908) beschriebenen Tagträumen.

Aus den Anamnesen jugendlicher Suizidenten ersieht man,"daß auch scheinbar psychopathologisch unauffällige Entwicklungen und banale Anlässe in schwere autoaggressive Impulse münden können; hingegen Kinder und Jugendliche, die unter erheblichen traumatisierenden Entwicklungsbedingungen aufwuchsen und außerordentliche Belastungen erfahren haben" (SCHMITZ 1978), dennoch keinen Suizidversuch unternehmen. Es stellt sich deshalb die Frage, warum im Einzelfall die Rettungsphantasien in eine suizidale Tat einmünden. Beobachtbares Verhalten ist "eine entfernte Repräsentation der intrapsychischen Prozesse, die es hervorrufen" (HENSELER 1974). Deshalb muß in jedem Einzelfall nach dem psychodynamischen Ablauf von intrapsychischen Prozessen und chronischen Konfliktsituationen geforscht werden, will man die suizidale Genese zu entschlüsseln suchen.

In vielen Betrachtungen über das Selbstmordgeschehen und den Handlungsablauf suizidaler Taten wird der Frage nach Motiven häufig keine oder nur sehr oberflächliche Bedeutung zugestanden,und die Differenzierung zwischen psychischer, sozialer und somatischer Disposition einerseits und akuter traumatisierender, psychischer, sozialer und physischer Situation und Erlebnisweise andererseits ist unzureichend. So subsummiert LUNGERSHAUSEN unter Motiv:"Geisteskrankheit,Anstaltserziehung, Streit mit Verlobten und Lebensangst" (LUNGERSHAUSEN 1968).STENGEL + COO "Physical illness was the main motive in 17 cases and a factor in causing in a further 33. It is not intended to discuss motives in detail as the information avaible was often obscure and incomplete" (1958).

Die Motivation aber ist "die wichtigste Quelle des psychologischen Verstehens" (RINGEL 1969) und damit der Ausgangspunkt therapeutisch präventativer Maßnahmen.Dies betont auch KREITMANN in seiner Formulierung:"we know everything about suicidal behaviour except why people engage in it" (1974) und unterstreicht die Forderung, die motivationalen Bedingungen und Abläufe genau zu untersuchen.
HENSELER unterstreicht in seiner Arbeit zur Psychodynamik des Selbstmordes (1980), daß viele Suizidforscher vor der Interpretation des psychischen Erlebens von Suizidenten zurückschrecken und sich an "relativ verhaltensnahe und leicht objektivierbare Beobachtungen"halten. Diese Ergebnisse sind oft von geringem Aussagewert für therapeutische und präventative Maßnahmen,und es "schleichen sich oft unreflektierte Interpretationen ein, wenn z.B. die Angabe des Suizidenten über seine bewußten Motive mit den eigentlichen Motiven zum Suizid gleichgesetzt werden" (HENSELER 1974).Zudem zeigt sich in psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Abhandlungen eine mangelhafte Begriffsgenauigkeit. Motivation und Motiv werden begrifflich nicht getrennt,und unter beiden wird häufig nur ein Teilaspekt des Motivbegriffes verstanden, nämlich "soziogene" oder "sekundäre" Motive wie GRAUMANN sie 1970 bezeichnet. Sogenannte Motivanalysen sind vielfach "vorwissenschaftliche Kenntniserweiterung" (PIEL 1979), d.h., "bloße Sammlung singulärer Erscheinungen ohne deren Voraussetzungen zu hinterfragen" und führen "durch vorschnelle und falsche Abstraktionen zu losem Alltagswissen" (PIEL 1979).

Motivationale, soziale und diagnostische Kategorienbildungen werden mit dem Ziel erstellt, Aufschluß über psychodynamische Prozesse zu erhalten, um daraus allgemeingültige Vektoren für das suizidale Tun ableiten zu können, um zu einer"psychologischen Autopsie"(RINGEL,1969) für Suizidhandlungen zu gelangen. Die Suche nach spezifischen und suizidtypischen Konfliktkonstellationen bei Erlebens- und Verhaltensweisen schließen die Erfassung gesonderter Formen suizidalen Verhaltens aus, so z.B. den sogenannten "Bilanzselbstmord" (HOCHE 1919), von dem RINGEL (1965) meint, daß es ihn wahrscheinlich gar nicht gibt. Weiterhin auszuschließen ist der politische Selbstmord sowie der rituelle, da sie gesonderter Betrachtungen bedürfen.

Seit GAUPP (1905) zwischen den angegebenen Motiven, den "im Bewußtsein des Täters auftretenden Gründen seines Handelns", und persönlichkeitsimmanenten Ursachen, den "treibenden Kräften, die sehr oft dem Täter nicht zum Bewußtsein kommen", unterschied, werden die Statistiken über die von Patienten angegebenen Suizidmotive erstellt. Diese Motivlisten haben nur begrenzten Wert, da sie von Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischem und Bildungsstatus sowie anderen sozialen Faktoren abhängig sind. Sie bekommen jedoch in der Zusammenschau mit aktuell disponierenden Gegebenheiten einen ätiologischen Stellenwert, denn der Anlaß zu einer Suizidtat ist nicht beliebig. Er paßt gleichsam wie der "Schlüssel zum Schloß" (RINGEL 1955).

Seit der Theorie von FREUD und ABRAHAM über die Psychodynamik des Selbstmordes sind von zahlreichen, vor allem tiefenpsychologisch orientierten Autoren, Suizidtheorien und Motivkonstellationen erarbeitet worden.

I.4. Theorien zur suizidalen Psychodynamik

I.4.1. Begriffsdefinitionen

Bis zu Beginn der 50iger Jahre wurden Suizid und Suizidversuch als gleichartige psychopathologische Phänomene mit gleichen Ursachen und Motiven gesehen. Erst in der Folgezeit bildeten sich zwei kontroverse Betrachtungsweisen heraus, die auf der einen Seite durch RINGEL vertreten werden, der den Suizidversuch als ein suizidales Verhalten "mit abgeschwächter Selbstzerstörungstendenz" (RINGEL 1953) ansieht. Demgegenüber betont STENGEL (1958), daß Suizid und Suizidversuch die Verhaltensweisen zweier klar voneinander unterscheidbarer Populationen seien. Wenn STENGEL diese Aussage 1969 auch relativiert hat und den gemeinsamen Ausgangspunkt von Selbstmord und Selbstmordversuch in gleichgearteten Motiven und Ursachen betont, wird auch heute noch, vor allem in der angloamerikanischen Literatur, der Versuch einer solchen Differenzierung unternommen (WEKSTEIN 1979; MORGAN 1979). Ebenso wird eine Aufteilung von Selbstmordhandlungen in ernstgemeinte

und unernste Geschehnisse versucht, so betont z.B. LINDEN (1969), daß Suizidhandlungen so angelegt sein können, daß "von vornherein der Tod unwahrscheinlich,wenn nicht gar unmöglich sein würde",bzw. daß sich "Suizidhandlungen aufweisen lassen, die zwangsläufig zum Tode führen mußten".
Eine solche den suizidalen Impuls bewertende und graduell abstufende Betrachtung erscheint häufig willkürlich und zu wenig faktorenorientiert. Da es sich bei den zum Kriterium erhobenen Tatvariablen um Phänomene handelt, die sich einer umfassenden intersubjektiven Erfahrung und Kontrollierbarkeit entziehen, entbehren solche Klassifizierungsversuche vielfach einer wissenschaftlichen Grundlage.Von den empirisch hergeleiteten Befunden ETTLINGERs und FLORDHs (1955) ausgehend,scheint die Annahme gerechtfertigt, daß dem Suzidversuch ambivalente Impulse unterliegen, deren Interpretation nur durch die individuell psychologischen Bezüge möglich ist.
Losgelöst von graduellen Bewertungen der expliziten Erfahrbarkeit des Todeswunsches führte KREITMANN den Begriff des "Parasuizids" ein, wobei er betont, "daß es möglich ist, operationale Kriterien aufzustellen, die auf der Absicht des Betroffenen beruhen, sich das Leben zu nehmen". Der Begriff umschließt "absichtliche Selbstverletzungen oder Selbstvergiftungen ohne Rücksicht auf das suizidale Handlungsziel" (KREITMANN 1980).
Da dieser Begriff des Parasuizids keine motivationspsychologische Klärung anbietet und unter diagnostischen Gesichtspunkten Abgrenzungen zu anderen Symptomen wie z.B. dem der Automutilation unmöglich macht und zudem gemessen an KREITMANNs Definition des Begriffes "Suizid" andererseits beim Parasuizid kein eindeutiger Todeswunsch angenommen werden kann, was empirisch belegbaren Befunden widerspricht, werde ich in dieser Arbeit zugunsten größerer semantischer Klarheit an den Begriffen Suizid und Suizidversuch bzw. Selbstmordversuch festhalten.

I.4.2. Tiefenpsychologische Theorien

FREUD (1916) und ABRAHAM (1924) erklären den Suizid als die Folge des Hasses, den das betroffene Individuum aus der Frustration des Objektverlustes erlebt. Dieser Haß auf das geliebt-verlorene Objekt wird durch

orale Regressionsphantasien abgewehrt, so daß sich die feindlichen Impulse auf das mit dem Selbst des Subjekts identifizierte Objekt, also auf die eigene Person richten. Nach FREUD ist Suizid, im psychodynamischen Geschehen ein Homozid, die konsequente Folge einer depressiven Entwicklung.
BERNFELD (1929) erweiterte die FREUDsche Theorie der Tötung eines internalisierten Objektes als Ursache des Suizids und seine Einbindung in den Formenkreis depressiver Erkrankungen, indem er "die Bedeutung des Mitmenschen" für den suizidalen Akt an zentrale Stelle rückt. Die Suizidtat wird bei BERNFELD nicht mehr als Aggression gegen das internalisiert-verlorene Objekt gesehen, sondern als Aggression gegen das real-verlorene Individuum.

In FREUDs "dritter Phase" (WYSS 1961) modifizierte er seine Aussagen zur Genese der Suizidalität. Nach Einführung des "Thanatos" betont FREUD, "der Aggressionstrieb ist der Abkömmling und Hauptvertreter des Todestriebes. Zurückhaltung von Aggression ist überhaupt ungesund, wirkt krankmachend " (FREUD 1938). Aus dem interdependenten Prozeß zwischen strengem Oberich und Schuldgefühlen (verdrängte Triebstrebungen, verhinderte Aggressionen) kommt es zu einer "Wendung der Aggression gegen die eigene Person", der es "endlich gelingt, das Individuum zu töten, vielleicht erst wenn dessen Libido aufgebraucht oder unvorteilhaft fixiert ist" (FREUD 1938). FREUD nähert sich mit diesen Darlegungen sehr stark den zuvor beschriebenen Annahmen BERNFELDs, wenn er auch nicht das real-verlorene Objekt als zentrales Agens suzidaler Dynamik sieht, sondern die intrapsychisch bedingte Unfähigkeit, aggressive Impulse auszuleben.

FREUDs Hypothesen wurden von MENNINGER (1938) aufgegriffen und mündeten in die folgenden zwei weiteren triebdynamischen Vorstellungen, die die ursprüngliche FREUDsche Annahme der Zerstörung des internalisierten liebgehaßten Objektes ergänzten:

1. Den Wunsch zu sterben, um dadurch eine Vereinigung mit einem geliebten Objekt zu erreichen. ELLENBERGER gibt 1965 dazu den Hinweis, daß Ethnologen dieser "psychogene Tod" seit langem bekannt sei, einmal in Form der Reaktion auf Tabuverstöße und zum anderen als Tod aus

Heimwehgefühl, der im 18. und 19. Jahrhundert unter dem Schlagwort "Nostalgie - Absterben des Lebenswillens" Gegenstand psychiatrischer Bemühungen gewesen ist.

2. Den Wunsch getötet zu werden - als einen masochistischen Wunsch nach Selbstbestrafung, der nach FREUD erst dann auftreten kann, wenn sich der sekundäre Masochismus - "durch Rückwendung des im Leben unverbrauchten Sadismus gegen die eigene Person" (FREUD 1904) - mit dem "primären - erogenen - Masochismus" (FREUD 1904) verbindet. Eine empirische Verifikation dieser zweiten MENNINGERschen Vorstellung glaubt ELLENBERGER mit dem Hinweis auf eine nordsibirische Population geben zu können, bei der es üblich sei, "sich töten zu lassen", etwa im Falle unheilbarer Erkrankungen oder hohen Alters. Unter diesem Aspekt der masochistischen Selbstbestrafung könnte am ehesten,wenn überhaupt,der von HOCHE beschriebene Bilanzselbstmord subsummiert werden.

Die bis dahin eindimensionalen, wenn auch aus verschiedenen Quellen gespeisten, auf den Tod finalisierten dynamischen Modelle erfahren 1965 durch ZWINGMANN und 1969 durch STENGEL eine bedeutsame Erweiterung. ZWINGMANN unterlegt der suizidalen Handlung ein weiteres Motiv, indem er schreibt:"Der Suizidgedanke hat auch nicht notwendigerweise etwas Schreckliches an sich, er kann aber auch trostreich und beruhigend sein. Es ist gar nicht der Tod als solcher, der gewünscht wird, sondern das Bedürfnis nach anhaltender Ruhe und Erholung, nach einem Zustand des suspendierten Denkens und der Sorgenfreiheit".
Einen Schritt weiter in der finalen Orientierung suizidalen Tuns geht STENGEL, wenn er der Selbstmordhandlung eine lebensbejahende, aber die Existenzumstände verändernde Motivstruktur unterlegt:"Die meisten Selbstmordhandlungen haben jedoch eine komplexe Ätiologie, in der nebeneinander der Drang zur Selbstzerstörung, Aggression anderen gegenüber und der Wunsch, die Gefühle der Mitmenschen zu beeinflussen, bestehen. Wenn wir sie (die Suizidenten) in ihrem sozialen Zusammenhang analysieren, erscheinen sie uns wie ein Januskopf, der gleichzeitig in den Tod und in das Leben blickt" (STENGEL 1969).

Ähnlich der dreiteiligen Motivstruktur von MENNINGER (der Wunsch zu töten, getötet zu werden, tot zu sein) erstellt FEUERLEIN 1971 ein triadisches Modell motivationaler Abläufe und stellt die motivationalen Modelle von ZWINGMANN und STENGEL in Frage, wenn er betont, daß der Suizidhandlung die Tendenz erstens von Appell, zweitens Autoaggression und drittens der Wunsch nach Zäsur oder Pause zu eigen sei. Nach FEUERLEIN können sich im Suizid die drei Motive in unterschiedlichen Graden legieren,und er unterstreicht, daß nicht alle Suizidversuche primär autoaggressiv im Sinne eines mißglückten Suizides zu interpretieren seien, sondern daß auch durchaus Appellfunktionen im Erleben des Suizidenten wichtig werden. Diese Appellfunktion, die auf eine größere emotionale Zuwendung und Sicherheit durch die Bezugsperson zielt, soll durch die suizidale Tat zum Ausdruck gebracht werden.Bei anderen Suizidenten hingegen überwiege der Wunsch nach Ruhe und Schlaf, nach einer "parasuizidalen Pause" (FEUERLEIN 1971).

Vergleicht man die jeweiligen Motivbündel, die FEUERLEIN und ZWINGMANN in ihren Modellen vorstellen,und betrachtet das 1969 von LINDEN, in dem neben autoaggressiven und auf das andere Selbst gerichteten aggressiven Impulse und der Appellfunktion in der Tat "die Fluchtreaktion" als eine weitere Komponente eingeführt wird, handelt es sich bei Zäsur, Fluchtreaktion, Zustand suspendierten Denkens und dem Wunsch,tot zu sein, möglicherweise um die Valenzen einer gleichartigen Strebung, die durch individuelle Erfahrung, Lernprozesse und Erlebnisverarbeitung variabel akzentuiert werden kann.
LINDEN unterlegt seinem "Vier-Komponenten-Modell des Parasuizids" zwei "verschiedene Intentionspaare mit entgegengesetzten Zielen":
1. Aggression vs. Aggressionsumkehr
2. Appell vs. Flucht.
"Jeweils die erste Komponente, Aggression und Appell, ist auf die Umwelt gerichtet.Aggressionsumkehr und Fluchtreaktion leiten die Abwendung von der Umwelt ein" (LINDEN 1969).
Geht man davon aus, daß beide Komponenten eines Intentionspaares gleichzeitig auftreten können - die häufig zu beobachtende Ambivalenz der Strebung - "ergibt sich für die typische Suizidhandlung eine zweifach polare Motivstruktur: jeweils aggressive und libidinöse Strebungen richten

sich einerseits gegen die eigene Person, andererseits gegen nahestehende Personen" (HENSELER 1974).

Faßt man die aus diesen Modellen herzuleitenden Ziele und Objekte psychodynamischer Abläufe zusammen, ergeben sich folgende Motivkonstellationen:

1. Tötungsimpulse gegen ein internalisiertes oder real-verlorenes Objekt
2. Aggressionsumkehr auf das eigene Selbst
3. Regressive Anlehnung und Geborgenheitssuche beim geliebten Objekt
4. Selbstbestrafung als Abwehr von Schuldgefühlen
5. Inadäquate Aggressionsabfuhr
6. Versuch, Zuwendung und Bestätigung im sozialen Umfeld zu erhalten
7. Flucht- und Ausweichtendenzen
8. Dominanz- und Kontrollverhalten.

I.4.3. Narzißmustheorie des suizidalen Geschehens

Der von FREUD 1914 in die psychoanalytische Lehre eingeführte Begriff "Narzißmus" - ein Zustand, bei dem im "Ich der ganze verfügbare Betrag von Libido aufgespeichert ist" (FREUD 1938) - erfuhr in den 70iger Jahren durch KOHUT,ARGELANDER und BALINT eine inhaltliche Ein- und Abgrenzung.
"Während ursprünglich der Ausdruck 'narzißtische Störung' von FREUD (1923) nur im Hinblick auf Psychosen verwendet wurde, gebraucht man diese Bezeichnung heute für ein viel weiteres Feld klinischer Zustandsbilder" (JOFFE 1967). Narzißtische Störungen sind nach SANDLER (1965) als ein "affektives Erleben seelischen Schmerzes" definiert. Der "seelische Schmerz" als Folge einer "erheblichen Diskrepanz zwischen der seelischen Repräsentanz des aktuellen derzeitigen Selbst und einer Idealform des Selbst" offenbart sich durch "mangelnde Selbstachtung, Minderwertigkeit und Unwertgefühle, Scham und Schuld" (JOFFE, SANDLER 1967).

Folgt man HENSELER, der als einer der Ersten die Psychodynamik des Selbstmordes als narzißtische Krise zu interpretieren suchte, so stellt sich das suizidale Individuum als eine in ihrem "Selbstgefühl" (HENSELER 1974) irritierte Persönlichkeit dar, die sich in einem außerordentlichen Maße verlassen, hilflos und bedroht fühlt. Das narzißtisch gestörte Individuum greift zur Aufrechterhaltung seines "Selbstgefühls", d.h. innere Sicherheit, Wohlbehagen, Selbstsicherheit und Selbstwertgefühl, zur Realitätsverleugnung und Idealisierung der eigenen Person und unter Umständen auch der Umgebung. Reichen diese Absicherungsmaßnahmen nicht aus, regrediert der Betroffene in "das Reich infantiler Großartigkeit" (HENSELER 1974). Die phantastische Aktualisierung alter Repräsentanzen des "grandiosen Selbst", der "idealisierten Objekte" führen zu einer zunehmenden Diskrepanz zwischen Phantasie und Wirklichkeit, so daß das damit zwangsläufig verbundene Eigenversagen durch das Individuum als eine Katastrophe erlebt wird. Die Vorstellung tot zu sein, bedeutet infolgedessen für den Suizidenten, aus einer als unerträglich erlebten Situation fliehen zu können und Zuflucht in einem harmonischen Zustand von Wärme, Ruhe, Sicherheit, Erlösung und Triumph gefunden zu haben. Demgemäß erlebt, bedeutet der Tod für den narzißtisch gestörten Menschen "die erschließbare Phantasie von Macht, Sicherheit und Unsterblichkeit" (HENSELER 1974). Dies sind Lebensziele, die das Individuum in der Realität nicht zu erreichen vermochte.

Viele Patienten mit depressiver und suizidaler Symptomatik berichten von der beruhigenden Wirkung, die der Gedanke an den Selbstmord haben kann. Das Spiel, mit der phantasierten Möglichkeit ein Mittel in der Hand zu haben, sich allen Beschwernissen, Belastungen und Erlebnisweisen ohnmächtiger Hilflosigkeit entziehen zu können, vermittelt ihnen Sicherheit. Die Suizidhandlung wird dadurch zu einem einzigartigen Machtmittel, ohne daß ihr Angst, Hoffnungslosigkeit und Verlassenheit innewohnen.

Unter narzißmustheoretischer Betrachtung ist die Selbstmordhandlung nicht mehr Folge aggressiver Impulse, gegen das eigene Selbst gerichtet, denn diese kann das Ideal-Ich nicht zulassen, da dadurch die narzißtische

Objektbesetzung, die dazu dient, die Negativanteile des Selbstbildes auszugleichen, in Frage gestellt würde. Die Selbstmordhandlung dient somit nicht mehr im Sinne FREUDs und MENNINGERs der Destruktion des versagenden, gehaßten Objektes, sondern der Rückgewinnung einer symbiotischen Einheit mit dem primären Objekt. Der Suizident strebt im Sinne BALINTs in das Stadium der "primären Liebe" (BALINT 1970).

Anhand dieser Modellvorstellungen glaubt HENSELER,bestimmte Eigentümlichkeiten, die ohne Anwendung der Narzißmus-Theorie unverständlich blieben, interpretieren zu können, nämlich:

1. das Überwiegen weicher Suizidmethoden, da der Weg zu einem harmonischen Zustand nicht hart, gewalttätig oder schmerzhaft sein kann,
2. die Inkonsequenz der Durchführung, da die Zielphantasien zwangsläufig diffus, vage und unpersönlich bleiben müßten,und somit auch das Handeln unklar und schwer verständlich sei,
3. die häufig zu beobachtende Schamreaktion von Patienten nach einem Suizidversuch, die einerseits aus sozialen Motiven erklärbar sei, z.B. aus Angst, als geistesgestört stigmatisiert zu werden, andererseits sei die zum Suizidversuch führende Situation für den narzißtisch gestörten Menschen so peinlich, daß sie gemieden und verleugnet werden müsse.

I.4.4. Das theoriekombinatorische, psychodynamisch-beschreibende "präsuizidale Syndrom" von RINGEL

Ein für die klinische Praxis gut anwendbar erscheinendes Modell zur Erfassung psychodynamischer Abläufe suizidalen Tuns erstellte RINGEL in seiner Monographie "Der Selbstmord" (1953). Die als "präsuizidales Syndrom" beschriebene psychische Verfassung der suizidalen Persönlichkeit ist durch folgende drei Punkte charakterisiert:

1. Einengung
2. Gehemmte, gegen die eigene Person gerichtete Aggressivität
3. Selbstmordphantasien

Unter Einengung - "erlebtes Gefühl des Schwindens der Möglichkeiten" - betrachtet RINGEL:

a) die "situative Einengung", d.h., daß eine Person durch äußere Umstände daran gehindert ist, das erstrebte Ziel zu erlangen. Äußere Einengung allein provoziere, so RINGEL, aber nie einen Suizid. Vielmehr müsse sie sich mit

b) der "dynamischen Einengung" liieren, die eine weitaus größere Suizidgefahr in sich berge. Sie führe zur "unterirdischen Kanalisierung" des Antriebs in eine einzige Richtung, in Richtung auf den Selbstmord infolge "tendenziöser Apperzeption" (LÖWNAU 1970, nach ADLER) und statt weiterer Assoziationen in grüblerische Denkabläufe. Diese wiederum führten zu einer Rigidität der Reaktionen in allen Persönlichkeitsbereichen, im "Geistigen ebenso wie in der Triebsphäre".

c) die "affektive Einengung", d.h., daß "ein affektives Muster" beherrschend wird, zumeist ängstlich gereizte Affekte, das die Starrheit von Verhalten, Wahrnehmung und Assoziation verstärke, so daß das Ich in seinen Abwehrmöglichkeiten geschwächt würde und zwar vorzugsweise bei jenen "ego defense-Mechanismen", in denen "die eigene Person zum Objekt der Abwehrmaßnahmen" werden. Unter diesen Abwehrmaßnahmen sieht RINGEL vor allem die von Anna FREUD 1938 beschriebenen Mechanismen der Sublimierung, Verdrängung, Konversion und Aggressionsumkehr. Für autoaggressive Impulse, dem zweiten Faktor des präsuizidalen Syndroms, werde nach RINGEL durch die psychodynamische Einengung der Boden bereitet, zumal sie auch zur "Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen" führe bis hin zur völligen Isolierung, in der dann durch die Suizidtat der Beziehungsverlust zum Existenzverlust avanciere.

Das Konzept der dynamischen Einengung als Faktor 1 des präsuizidalen Syndroms wird von RINGEL (1965) um die "Einengung der Wertwelt" erweitert. Die als Ich-Schwäche zu charakterisierende Einengung der Wertwelt, die durch die Haltung "recht ist was mir nützt" bestimmt wird, betrachtet RINGEL als Folge einer neurotischen Entwicklung, die "spezifisch zum Selbstmord tendiert und, wenn sie nicht rechtzeitig unterbrochen wird,

in diesen mündet, also eine Neurose zum Selbstmord hin. Bei der Neurose zum Selbstmord hin fehlen die gewöhnlichen neurotischen Abwehrmechanismen und damit die üblichen neurotischen Symptome" (RINGEL 1969).

Die Psychopathologie dieser "Neurose zum Selbstmord" ist durch das Fehlen von "Urvertrauen, Autonomie und Initiative" (ERIKSON 1965) charakterisiert. Durchläuft ein Kind eine solch traumatisierende Entwicklung, überwiegen in späteren Phasen die "subjektiven Werturteile" gegenüber der Objektivierung von Werturteilen. Diese von RINGEL als "Wertblindheit" beschriebene Störung der Empfindung von Werten und damit auch ihre fehlende Realisierungsmöglichkeit hat den Daseinsverlust im Sinne FRANKLs zur Folge:"Unser Dasein erfüllen wir mit Sinn allemal dadurch, daß wir Werte verwirklichen" (FRANKL zit. nach GEBSATTEL 1959).

Ein durch fehlendes Urvertrauen, fehlende Autonomie und Initiative traumatisiertes Kind vermag in der weiteren Entwicklung keine Frustrationstoleranz zu entwickeln, was dazu führt, daß relativ schnell aggressive Impulse wachsen und ohne entsprechende Über-Ich-Kontrolle ausgelebt werden. Solche Reaktionsmuster führen zu permanenten Konfliktsituationen mit der Umwelt, während Forderungen und Normgefüge infolge subjektiver Erlebnisfixierung nicht erfaßt, nicht akzeptiert und toleriert werden.Daraus resultierende Frustrationen, "etwa eine Verhaftung, eine Bestrafung, eine unerbittliche Korrektur, Zurechtweisung oder Belehrung" (RINGEL 1965), bedeuten dann eine relativ große suizidale Gefährdung. Die akute Suizidalität so strukturierter Patienten resultiert

a) "aus dem Erleben der Obermacht der Umwelt,
b) aus der Erschütterung des Selbstwertgefühles und
c) der Erkenntnis des Wertverlustes der bisherigen Lebensführung", nach dem Motto "alles, was ich getan und gemacht habe, war falsch" (RINGEL 1965).

Reaktiv entwickelte Schuldgefühle tendieren bei diesen Patienten zur Selbstbestrafung, und es kommt zu einer Summation von Faktoren, die das Individuum zwangsläufig in suizidales Tun geraten lassen.

In einer Vergleichsuntersuchung von 100 Patienten nach Suizidversuchen und 100 als von RINGEL normal hinsichtlich ihres Werterlebens herausgestellten Personen ergaben sich folgende Unterschiede:

1. "Die positive Einstellung zu den Werten ist bei Selbstmördern seltener als bei Normalen.
2. Die negative Einstellung zu den Werten ist bei Selbstmördern häufiger als bei Normalen.
3. Die gleichgültige Einstellung gegenüber Interessensgebieten ist bei Selbstmördern sehr viel häufiger als bei Normalen.
4. Enttäuschungsreaktionen auf allen Wertgebieten ist bei Selbstmördern häufiger als bei Normalen" (RINGEL 1965).

Die Aggressionsumkehr, von ROSENZWEIG (1934) in seiner Kategorienbildung von Reaktionen auf Frustrationen als "intrapunitiv" bezeichnet, gegen das eigene Selbst gerichtete aggressive Impulse, wird im "präsuizidalen Syndrom" sowohl

a) einer neurotischen Fehlentwicklung zugeschrieben, bei der das infantile Über-Ich bei gleichzeitig schwachem Ich Schuldgefühle auslöst und dadurch die Möglichkeit extrapunitiver Haltungen blockiert, als auch
b) Erkrankungen und Hemmungen im motorischen und psychischen Bereich wie z.B. der endogenen Depression und
c) gestörten zwischenmenschlichen Beziehungen, die die Aggressionsbereitschaft vergrößern, wobei hinzuzufügen ist, daß auch die depressive Reaktionsbereitschaft infolge gestörter Beziehungen zuzunehmen vermag.

Eine mögliche Erklärung für den Anstieg von Suizidversuchen in den letzten Jahrzehnten gibt RINGEL mit dem Hinweis, daß es in "übersteigerten Zivilisationen" (RINGEL 1965) immer schwieriger werde, Aggressionen abzureagieren, vielmehr Aggressionspotentiale aufgebaut würden, die infolge der Psychopathologie des Individuums in autoaggressive Impulse führten. Dieser soziologische Erklärungsversuch zum Anwachsen aggressiver Reaktionsbereitschaft, die in die autoaggressive Reaktion mündet, wird auch von LÖWNAU, MITSCHERLICH und KLÜVER beschrieben, wenn sie darauf hinweisen, daß in zunehmendem Maße in der sozialen Interaktion und Technisierung der Umwelt eine Stimulation von Antrieben geschieht, bei gleichzeitiger

Reduktion der Möglichkeiten, Antriebe an Zielen und Objekten auszuleben. Die "Selbstmordphantasien", der dritte Faktor im triadischen präsuizidalen Syndrom, sind ein ubiquitäres, sogenanntes normalpsychologisches Phänomen nach RINGEL, die zum Teil psychokathartische Funktionen haben. Da der potentielle Suizident einer "dynamischen Einengung" preisgegeben ist, werden Selbstmordphantasien zu zwanghaften Vorstellungen und Überlegungen, wie das Zwangsgrübeln bei neurotischen Patienten sehr häufig anzutreffen ist, aus denen heraus es nur eines kleinen Schrittes zum Tatvollzug bedarf.

Das präsuizidale Syndrom als Modell suizidaler Psychodynamik wird insbesondere durch das Überforderungsmodell MIERKEs gestützt und durch die Frustrations-Aggressions-Theorie von DOLLARD et al. ergänzt.

MIERKE geht davon aus, daß eine "seelische Überforderung durch eine einmalige schwere Erschütterung des Persönlichkeitsgefüges oder durch zermürbende Dauerbelastung" ausgelöst werden kann. "Sie löst regelhaft eine Folge von aggressiven, regressiven und restituierenden Verhaltenstendenzen aus. Es kann aber auch unter dem Einfluß innerseelischer Disharmonien oder verwirrender Umwelteinflüsse zu einem Rückfall in die Aggression oder zum Steckenbleiben in der Regression kommen" (MIERKE 1955).
Die Folgen wären nach MIERKE erethische bzw. reaktiv-depressive Verhaltensmuster. Eine Katharsis wäre damit beeinträchtigt, und nach DOLLARD et al. stellt dies "eine zusätzliche Frustration dar, die zur Aggression gegen das Agens instigiert" (DOLLARD et al. 1972).
Diese "Hemmung durch das Selbst statt durch ein äußeres Agens" bedeutet demzufolge, daß "gehemmte direkte Aggressionen immer gegen das Selbst gerichtet werden" (DOLLARD et al. 1972).
Gegen diese These DOLLARDs wendet sich vor allem JACOBS, der auf eine Untersuchung TUCKMANNs et al. (1959) verweist, die bei einer Analyse von Abschiedsbriefen nachwiesen, "daß nur 1% von ihnen nach innen gerichtete Feindseligkeit enthielten" (JACOBS 1974).
Die Selbstmordphantasien, das als quälend erlebte Zwangsgrübeln, der dritte Faktor der präsuizidalen Trias von RINGEL, läßt sich ätiologisch mit der sozial-kognitiven Lerntheorie BANDURAs untermauern. Demzufolge

"wird die Selbstbestrafung beibehalten, weil sie die Fähigkeit erworben hat, gedankenerzeugtes Leid zu lindern und externe Bestrafung zu mildern. Im Laufe der Sozialisation wird die Abfolge Übertretung - inneres Leid - Bestrafung - Erlösung wiederholt erlebt. Durch Selbstbestrafung quälende Gedanken zu reduzieren, gilt nicht nur für neurotisches Verhalten, sondern auch für die Unzufriedenheit der Person mit den eigenen Leistungen. Selbstbestrafung erweist sich häufig als wirksames Mittel, die negativen Reaktionen anderer abzuschwächen" (BANDURA 1979).

I.4.5. Theoriekritisches Resumée

Die Beweggründe, sich das Leben zu nehmen, werden in der Regel erst dann erforscht, wenn der Versuch unternommen worden ist und, gemessen an den begrifflich implizierten Intentionen, scheiterte. Die Aufdeckung der Motive und Motivation entzieht sich häufig weitgehend experimenteller Genauigkeit und Kontrollierbarkeit. Somit bergen solche ex-post-facto-Untersuchungen zwangsläufig systematisch methodische Fehler, deren Ausmaß schwer abzuschätzen ist.
Infolge geringgradiger Validität und Objektivität bei der Erfassung des Untersuchungsgegenstandes ist einer interpretativen Auslegung der suizidalen Psychodynamik weiter Raum gegeben.
Der mißlungene Selbstmordversuch zeitigt nach klinischer Beobachtung einen zumindest vorübergehend kathartischen Effekt. Aggressive und ängstliche Impulse scheinen gemindert, wie KIEV (1976) es beschreibt. Durch die Selbstbestrafung, Suizidhandlung, erhofft sich der Suizident, folgt man BANDURA, eine mildere, wohlwollendere Behandlung durch sein soziales Umfeld, dessen negative Reaktionen und Einstellungsmuster ihm gegenüber er durch die Tat abzuschwächen versucht. Demgegenüber stehen die Untersuchungsergebnisse von RINGEL (1952) und JACOBS (1974), die belegen, daß sich an der "situativen Einengung" und an dem Problemerleben der Suizidenten wenig geändert habe, vor allem in Richtung auf Problemlösung und Aufhebung der Einengung, daß vielmehr die psychische Situation des Suizidenten verschlimmert worden sei. RINGEL und JACOBS belegen damit die Annahme MIERKEs und DOLLARDs et al., nämlich einmal, daß der Patient in der Regression depressiv verharrt bzw. daß die

"Interferenz" (DOLLARD et al. 1972)des mißlungenen Suizidversuches eine weitere Frustration erzeugt. Folgt man darüber hinaus den Betrachtungen von LEWINSKY-AURBACH (1980), daß es "heilsame" und "frustrierende" Suizidversuche gäbe, ist davon auszugehen, daß man im Untersuchungszeitraum zwei unterschiedliche Populationen von Suizidenten antrifft. Die Entlastung oder angewachsene Frustration wird durch die Reaktionen des sozialen Umfeldes, insbesondere der engeren Bezugspersonen bestimmt sein, wie es sich auch in der klinischen Praxis nachweisen läßt. Dementsprechend wird die akute Ausgangslage, die disponierende psychische Situation vielfältig unterschiedlich beurteilt. Dadurch erklärt sich die Suizidhandlung in ihrer extremen Interpretation einmal als akute Notfallreaktion und zum anderen als Folge einer Entwicklung zur Selbstzerstörung. Zwischen diesen polaren Positionen lassen sich die jeweiligen Modelle der Suiziddynamik ansiedeln.

Das psychoanalytische Modell der Aggressionsumkehr (FREUD, ABRAHAM, BERNFELD und MENNINGER) zielt auf eine neurotisch-depressive Entwicklung, die sogenannte "Melancholie", deren Quelle, die "feindlichen Impulse" (FREUD 1916), gegen die Eltern gerichtet sind bzw. gegen das real-verlorene Objekt. In vereinzelten Fällen wird diese psychoanalytische Lehrmeinung plausibel erscheinen. Der grundsätzlichen Annahme aber, der Suizid sei die Folge einer depressiven Entwicklung, kann man nicht folgen, da sich in der Mehrzahl der Fälle die neurotisch konstituierenden Entwicklungsbedingungen, d.h. Störungen "in der interpersonalen Aktion der Mutter-Kind-Dyade" (NISSEN 1976) nicht hinreichend nachweisen lassen. Ebenso häufig fehlen die der neurotischen Depression eigenen Symptome bei Jugendlichen wie "Grübeln, Minderwertigkeitsgefühle, sowie Kopfschmerz und Schlafstörungen" (NISSEN 1976).
Darüber hinaus erscheint die Häufigkeit des Krankheitsbildes zumindest im Jugendalter zu selten zu sein, um als ätiologischer Erklärungsversuch allein gelten zu können. Nur in annähernd 2% der Fälle von Verhaltensauffälligkeiten läßt sich die Diagnose "depressive Verstimmungszustände verschiedener Ätiologie" stellen (NISSEN 1976). Die spätere, in der dritten Phase dargelegte FREUDsche Annahme hingegen, daß die Selbstaggression u.a. Folge des fehlenden Zuganges zu einem realen Aggressionsobjekt

- greifbarer Konfliktpartner - sei, erscheint insbesondere unter dem Aspekt adoleszenter Dynamik - Verselbständigung, Loslösung, Neuorientierung - interessant und scheint aus klinischer Beobachtung plausibel.

Bei den Jugendlichen, deren Störung als Adoleszenzkrisen (Autoritäts-, Identitäts- und Sexualkrisen) diagnostiziert werden, finden sich jene Formen von Erlebens- und Verhaltensambivalenzen, wie sie STENGEL,FEUERLEIN und LINDEN beschreiben. Adoleszenz ist nach SPRANGER die "Strukturierung" und "Konsolidierung einer eigenen Wertwelt". Die "Zentralisierung" der Wertrichtungen, theoretische, ökonomische, ästhetische, soziale, religiöse, politische, prägt die "Lebensformen" (SPRANGER 1930). Charlotte BÜHLER versteht Adoleszenz als die "Synthese von Objekt- und Subjektbezügen, die Hingabe an das Du und an die Dinge" (BÜHLER 1928). Der Prozeß der "Individuation, Selbstverwirklichung" (JUNG 1928), die Herauslösung aus kindlich-emotionalen und sozialen Bindungen zur Selbstadoption und extrafamiliären sozialen Integration bereitet den Boden für depressive und dysphorische Verstimmungszustände, für Ängste und Befürchtungen, Rache- und Schuldgefühle, Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühle.

Eine aus klinisch-psychologischer Sicht bedeutsame Erweiterung des psychodynamischen Modells der Suizidhandlung liefern ZWINGMANN und STENGEL, die betonen, daß der Suizidhandlung auch eine lebensbejahende Intention innewohne. Diese Sichtweise betont auch LINDEN als Ergebnis seiner Untersuchungen an 203 Patienten nach einem Suizidversuch. Er sieht im angestrebten Selbstmord eine Legierung von lebensbejahenden und lebensverneinenden Faktoren. Das Modell von LINDEN erhellt eher als psychoanalytische Modelle die Suizidversuche von Patienten mit anderen diagnostischen Zuordnungen als jenen der Depression.

Die moderne Narzißmustheorie behandelt zentral das Problem der Regulation des Selbstwertgefühles. Ein Versagen der regulativen Mechanismen - Regression, Verleugnung, Idealisierung, Realitätsanpassung, Internalisierung - führt zu pathologischen Reaktionen bis hin zur Regression auf den angenommenen harmonischen "Primärzustand" (BALINT 1970). Dieser Zustand kann über den Modus "Suizid" intendiert werden, doch bieten sich durchaus andere Zielzustände in Form der Sucht, des Fortlaufens, der Promiskuität, also als dissozial eingestufte Verhaltens-

auffälligkeiten, um den partiellen Verschmelzungszustand zu erfahren und die Suizidhandlung ist nur eine Reaktionsmodalität. 1952 formulierte BOWLBY:"Die Dynamik, die aggressiv kriminellem Verhalten und vielleicht auch dem Selbstmord zugrundeliegt, ist das Ergebnis des gleichen Konfliktes zwischen verschiedenen Instanzen des Selbst" (BOWLBY 1952). HENSELERs Modell der suizidalen Dynamik als Lösungsversuch einer narzißtischen Störung erscheint auf einen Teil der Suizidentenpopulation anwendbar.Die Suizidhandlung im Rahmen depressiver Zustandsbilder bedarf jedoch der Einbeziehung masochistischer Mechanismen. Dies bedeutet die Betrachtung des primären Masochismus als die sehr frühe Besetzung des Selbst mit Aggressionen und des sekundären Masochismus als "der Abzug von aggressiver Besetzung von Objektrepräsentanzen und ihre Wendung gegen die Selbstrepräsentanz" (JOFFE,SANDLER 1967). Bezieht man darüber hinaus das negative "Ich-Ideal", das "Selbst,das Ich nicht sein will" (KAPLAN, WHITEMAN 1965), als Determinanten masochistischer, autoaggressiver Impulse mit ein, ergeben sich aufschlußreiche Parallelen zur sozialkognitiven Lerntheorie mit ihren Determinanten der Selbstbestrafung. Die Theorie HENSELERs leistet vor allem mit ihrem Hinweis auf die Ambivalenz der Psychodynamik,Hinwendung-Abkehr, Aggression vs. Regression, einen wertvollen Beitrag.

RINGELs präsuizidales Syndrom als psychodynamische Basis einer Suizidhandlung geht stark von der psychoanalytischen Aggressionstheorie aus und betont zentral den Stellenwert der Autoaggression als entscheidendes Agens der Handlung. Spätere Betrachtungen RINGELs zur Suizidalität heben die Wertblindheit als einen weiteren Faktor hervor, ohne aber von den zentralen Faktoren "Einengung" und "Umkehr aggressiver Impulse auf das eigene Selbst" abzusehen. Die "dynamische Einengung" und "Einengung der Wertwelt" als ein Basisgeschehen des suizidalen Motivationsprozesses lassen sich in ihrer Genese anhand der Objektionstheorie als Lernprozeß verstehen.
Objektionsprozesse - die schrittweise Übertragung (von der "Tätigkeitsbereitschaft" über die "Anreizmomente" zur "finalen Qualität") von "subjektiven Qualitäten (Gefühle,Affekte,Begierden) auf die Objektseite" (PIEL 1977) und deren Fusionierung -,die in ihrer "finalen Qualität" den Einengungsphänomenen von RINGEL entsprechen, lassen sich anhand

anamnestischer und explorativer Äußerungen, vor allem bei depressiven Jugendlichen, nachvollziehen.

Die durch "Wertblindheit" akzentuierte neurotische Entwicklung, die mit egozentrischen Wertmaßstäben und neurotischen Riesenansprüchen im Macht- und Geltungsstreben einhergeht, findet sich häufig bei "jugendlichen Suizidanten beiderlei Geschlechts, deren Lebensweg eine unglaubliche Häufung krimineller und asozialer Haltungen aufweist" (RINGEL 1965).
Die von RINGEL beschriebene Neurose mit ihren determinierenden pathologischen Faktoren - 1. "Deprivation in der oralen Phase", 2. "Lieblosigkeit der Eltern", 3. "possesive Liebe" - zeigt deutliche Parallelen in der Psychogenese und Symptomatik zu den Verwahrlosungsbildern, wie sie HARTMANN beschreibt. "Wertblindheit" kann in diesem Kontext als ein Mangel an "Verwahrtsein, von den Eltern verwahrlost worden sein" (wara, althochdeutsch = Achtung) interpretiert werden.
HARTMANN hat 1059 Berliner Kinder, Jugendliche und Heranwachsende mit Verwahrlosungssymptomen untersucht und fand bei "48,3% der Probanden depressive Verstimmungszustände und bei 11,8% Suiziddrohungen oder -versuche" (HARTMANN 1970). Die Symptomkombinationen und die damit implizierte Dynamik des psychischen Geschehens der Probanden verweisen auf die in den zuvor dargelegten Theorien angenommene, multiple Motivierung und Ambivalenz suizidaler Dynamik.

In der Zusammenschau der referierten Modelle und Ergebnisse lassen sich zwei jeweils bipolare suizidale Antriebe herausstellen:

1. Aggression - Autoaggression
2. Nähe - Entfernung

Aggressive Vorstellungen und Impulse richten sich auf das gehaßt-geliebte, verlorene Objekt oder gegen die eigene Person als Schuld- und Selbstbestrafungsgefühle. Nähe wird als der Versuch interpretiert, durch die "geliebte Person" angenommen zu werden und ihre Hilfe zu erlangen.
"Mit der Bestrafung (Suizidhandlung) endet die Sorge, und die Angst vor den möglichen Konsequenzen läßt nach, zugleich verschafft sie in der Regel für den Betreffenden auch wieder die Gunst der Anderen" (BANDURA 1979).

Entfernung wird als Ausdruck des Wunsches gesehen, den aus einer als unerträglich erlebten Existenz resultierenden Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühlen zu entgehen.

I.4.6. Lerntheoretische, psychodynamische und kognitive Interpretationsansätze suizidalen Verhaltens

Unter dem Aspekt, daß der Suizid sehr eng mit depressiven Erkrankungen verbunden sei, sind in der neueren amerikanischen Literatur Motivationstheorien zu beachten. 1973 stellte LEWINSOHN unter lerntheoretischen Aspekten, in Anlehnung an COSTELLO, die Depression als Folge eines Motivationsverlustes dar. Der Motivationsverlust wird als ein zunehmender Effektivitätsverlust von Verstärkern interpretiert, der zur Extinktion aktiver Verhaltensweisen führt.
Diese theoretische Darlegung entbehrt aber der empirischen Verifikation, in der der Nachweis erbracht worden wäre, daß depressive Gestimmtheit im Vorfeld suizidalen Tuns mit einer Reduktion von verhaltenskontingenter positiver Verstärkung einhergeht.

1973 beschreibt FERSTER, daß sich depressives Verhalten aus Reaktionsmustern zusammensetzt, die aus der ursprünglichen Lernsituation herausgelöst wurden und, in neue Lernsituationen transferiert, stereotyp praktiziert werden, dort aber nicht die erwarteten Effekte nach sich ziehen.

1974 stellte SELIGMAN sein Modell zur Ätiologie der Depression als der "gelernten Hilflosigkeit" vor, das, so betont er, von Valenz allenfalls für depressive Reaktionen sei.
Gelernte Hilflosigkeit heißt nach SELIGMAN, daß das Individuum unter der Bedingung der Nichtkontrolle gelernt hat, daß seine Reaktionen keinen Effekt im Umfeld nach sich ziehen und daß es selbst darüber hinaus die Einwirkungen von außen auf sich nicht zu beeinflussen vermag. Die Folge dieses Lernprozesses ist, daß das hilflos depressive Individuum einen Motivationsverlust erleidet, Probleme und Belastungen durch eigenes Tun zu lösen; ihnen zu entrinnen versucht. Im Ablauf eines solchen Prozesses wird das Erkennen der Effektivität des eigenen Handelns in Richtung auf

die Umwelt erschwert, und es kommt somit zu einer Intensivierung von Angstgefühlen bzw. zu psychosomatischen Störungen.

In ganz ähnlicher Weise betonte 1969 ABRAMOVITZ, daß Depressive sich stärker durch äußere Ereignisse, Schicksalsschläge oder übermächtige Personen beeinflußt sehen als durch ihr eigenes Tun. Sie neigen also im Sinne SELIGMANs dazu, den Effekt eigenen Handelns zu gering einzuschätzen und können ihre Situation nicht realitätsgerecht einschätzen. Nach einer Studie von PAYKEL et al. (1969), in der versucht worden ist, die belastenden Ereignisse im Vorfeld depressiver Erkrankungen zu eruieren, wird deutlich, daß Konflikte mit Bezugspersonen, Arbeitsplatzveränderungen und Erkrankungen der jeweils betroffenen Person häufig im Vorfeld depressiver Erkrankungen aufzuzeigen sind. Solche Belastungen und Irritationsmomente werden als ein Kontrollverlust angesehen und ihnen wird ätiologische Valenz zugeschrieben.

HOFFMANN (1975) beschreibt depressives Verhalten und damit suizidale Gefährdung als Konsequenz folgender Verursachungsdeterminanten:

1. durch ein zu hohes Anspruchsniveau oder zu hohe Zielsetzungen an sich selbst,
2. durch ein fehlendes adäquates Verhalten, in wichtigen Situationen das Ziel zu erlangen und
3. durch fehlende objektive Möglichkeiten etwas zu verändern, wobei diese Wahrnehmung der Umwelt auf andere Bereiche generalisiert wird.

HOFFMANN stellt Erlebnisweisen heraus, in denen das Individuum erfährt, daß esseine Ziele infolge mangelnder Kontrolle nicht zu erreichen vermag. Die daraus resultierenden Einstellungsmuster bedingen reaktive Aggressivität, die in nichtkontrollierendes Verhalten einmündet. Offene, kontrollierende Aggressivität setzt Aktivität voraus und damit eine Verhaltensweise, die der der gelernten Hilflosigkeit, sich passiv angepaßt zu verhalten, grundsätzlich widerspricht. Ebenso wie in dem "präsuizidalen Syndrom" erhält die Aggressionsumkehr auf die eigene Person auch in der Theorie der "gelernten Hilflosigkeit" zentralen Stellenwert als das entscheidende Agens suizidaler Gefährdung.

Suizidalität als Folge depressiver Erlebens- und Verhaltensweisen, wie sie von LEWINSOHN,FERSTER,SELIGMAN und HOFFMANN beschrieben werden,

läßt sich durch lerntheoretische Konzepte fundieren.
Die Extinktion aktiv kontrollierenden Verhaltens infolge Verstärkerverlustes wird in den Theorien der klassischen Konditionierung PAWLOWs und der instrumentellen Konditionierung SKINNERs dargelegt. Das Ausbleiben des unbedingten Reizes (Verstärker) führt nach PAWLOW zur Löschung eines Verhaltens. Nach SKINNER bewirken negative Verstärker, Strafreize oder Frustrationen, daß sich ein Individuum abwendet und inaktiv wird.
Das zu"hohe Anspruchsniveau" als Determinante suizidaler Gefährdung wird von der sozial-kognitiven Lerntheorie betont. "Dysfunktionale Selbstbewertungssysteme spielen eine entscheidende Rolle für manche psychopathologische Spielarten. Sie aktivieren übermäßige Selbstbestrafung" (BANDURA 1979).

Anfang der 70iger Jahre entwickelte BECK einen kognitiven Ansatz zur Depression. Im Sinne einer prädepressiven Konstellation, die aus der individuellen Entwicklung resultiert, hat nach BECK der Depressive negative Erfahrungen:
1. mit sich selbst,
2. mit der Umwelt und
3. mit der Zukunft.
Gedanklich, vorstellungsmäßig befaßt sich ein Individuum, das solche Erfahrungen gemacht hat, zwanghaft eingeengt mit Themen, die die eigene Person entwerten. Daraus resultiert nach BECK ein Motivationsverlust, der zu Vermeidungs- und Fluchtgedanken führt, da die Einstellung, Aufgaben und Probleme nicht bewältigen zu können, vorherrscht. Selbstmordphantasien und deren Realisation, betont BECK, seien extremster Ausdruck solcher Fluchtgedanken.

Die Disposition zur Depression kann nach BECK "schlummern", wie HOFFMANN schreibt, durch spezifische Traumen oder aber auch durch nichtspezifische Situationen aktiviert werden. In der strukturpsychologischen Betrachtung nach SPRANGER ist die "schlummernde" Disposition eine Teilstruktur, die ihre Valenz, ihre "wertbestimmende Stellung im einheitlichen Ganzen" (SPRANGER 1926) durch die drohende psychische Dekompensation erhält. Irritationsmomente, die als Verlustgefühle zu klassifizieren sind, werden von BECK als Auslöser betrachtet. Er definiert in fünf Merkmalsbereichen

Depression als Manifestationen von emotionalen, kognitiven, vegetativen, motorischen und motivationalen Abläufen und unterstreicht, daß Vermeidungs- und Fluchttendenzen, Entschlußlosigkeit, Selbstmordwünsche und erhöhte Abhängigkeit von anderen depressive Manifestationen im motivationalen Bereich seien. Selbstmordwünsche sieht BECK vor allem durch das Gefühl der Hoffnungslosigkeit bedingt.
In der Arbeit "Hopelessness, depression and attempted suicide" stellen BECK et a. (1973) die "Hoffnungslosigkeit" als einen Indikator und als Motiv des Suizidversuches heraus. Anhand von Therapiebeobachtungen bei 50 depressiven Suizidpatienten gelangen sie zu der Ansicht, daß der Suizidversuch für die Patienten "der einzige mögliche Lösungsweg für ihre verzweifelte und hoffnungslose Situation war" (BECK et al.1973). In Untersuchungen an 68 Patienten mit dem BECKschen Depression Inventory (BDI) und Generalized Expectances Scale (GES) zeigt sich, daß "Hoffnungslosigkeit" ein zuverlässigerer Gradmesser für suizidale Gefährdung ist als das Syndrom "Depression". Es wird auch betont, daß Hoffnungslosigkeit suizidales Verhalten nicht verursache, sondern ein Bindeglied in der Verquickung von Depression und Suizid sei.
Diese beiden Ergebnisse stützen die Befunde der Untersuchungen von BECK, BIBRING und GAYLIN aus den Jahren 1967-70 und widersprechen nach Ansicht der Autoren der These MENNINGERs, daß dem Suizid und der Depression der gemeinsame ätiologische Faktor Haß und Schuldgefühle den internalisierten Elternobjekten gegenüber zugrunde liege. Relevant ist nach BECK für die Depression und damit für suizidales Tun die "cognitive trias", d.h. "negative attitudes of the depressed individual, a) toward himself, b) the outside world and c) his future" (BECK 1970).

Zuvor konnte 1967 GANZLER (zit. nach BECK) in vergleichenden Untersuchungen an Suizidenten in Krisensituationen, an psychiatrischen Patienten, die an multiplen Erkrankungen litten, und an einer Gruppe sogenannter normaler Individuen ganz ähnliche Resultate aufzeigen. Nur in der Gruppe der suizidalen Probanden zeigte sich eine negative Zukunftserwartung, die dadurch gekennzeichnet war, daß die entsprechenden Individuen sich zur Zeit und auch weiterhin langdauernd verlassen und isoliert erlebten.

I.4.7. Theoriekritisches Resumée

Die lerntheoretischen Ansätze und Modelle zur Erklärung der Depression und damit auch der Versuch, suizidales Verhalten in seiner Genese transparent zu machen, basiert auf der Annahme, daß der Effektivitätsverlust der Verstärker zu einer Reduktion oder Extinktion aktiver Verhaltensweisen führt. Reduktion von Aktivität wird als Folge von Motivationsverlust dargestellt, d.h., daß ein Individuum nicht mehr in der Lage ist, seine Dynamik auf bestimmte Zielzustände hin zu orientieren. Insbesondere SELIGMANs Modell der "gelernten Hilflosigkeit" betont den Kontrollverlust, den ein depressives Individuum sukzessiv gegenüber der Umwelt erleidet, so daß es zur Angstintensivierung kommt und das betroffene Individuum in dem Suizidversuch die letzte Möglichkeit sieht, Kontrolle auszuüben. Diese Annahmen decken sich mit den zuvor beschriebenen "Fluchttendenzen" (FEUERLEIN, LINDEN et.al.), die im suizidalen Tun evident werden. Die exogenen Belastungsmomente erscheinen hilflosen Personen so übermächtig und wenig kontrollierbar und im Sinne der eigenen Absichten veränderbar, daß als Objekt für aggressives, d.h. sich durchsetzendes, kontrollierendes Verhalten nur die eigene Person verbleibt und durch die Suizidtat die Herausnahme aus der Situation, in der Hilflosigkeit erlebt wird, möglich erscheint.
Aversive Erfahrungen, das Erleben von Hilflosigkeit, führen nach BANDURA sowohl zu Angstreaktionen als auch Abwehrverhalten. Ein solches Abwehrverhalten, das sich u.a. im passiven Rückzug und selbstentwertenden Kognitionen manifestieren kann, wird infolge fehlender Realitätsprüfung zu einer habituellen Maßnahme. Negative Erwartungen sind nach der sozial-kognitiven Lerntheorie charakteristische Abwehrmaßnahmen hilflos-ängstlicher Persönlichkeiten. Negative Erwartungen dienen dazu, aversive Situationen, Gefahren, zu meiden. Dadurch macht das betroffene Individuum aber keine gegenteiligen Erfahrungen, wenn sich die Realität geändert hat, d.h., das Maß der Hilflosigkeit reduziert wurde. Im Gegenteil wird das Ausbleiben der antizipierten Bedrohung zur Bekräftigung der Erwartung, daß die eigenen Abwehrmaßnahmen effektiv sind.

Hilflosigkeit, Haltlosigkeit und Hoffnungslosigkeit bilden die BECKsche kognitive Trias der Depression. BECK differenziert die situative Ausweg-

losigkeit des depressiven Menschen. Mit dem den Suizid prävalierenden Faktor "negative Zukunftserwartung" oder Hoffnungslosigkeit stellt er ein erfaßbares, abgrenzbares Konstrukt motivationalen Geschehens in den Vordergrund.Hoffnungslosigkeit repräsentiert unmittelbar das situative psychische Erleben als ätiologisch herzuleitende Zustandsbeschreibung, wie sie in der psychoanalytischen und lerntheoretischen Konzeption angeboten wird.

Die Unfähigkeit der akuten und generellen Problemlösung, die in der BECKschen Trias ausgewiesen ist, findet eine inhaltliche Entsprechung in den Faktoren "Einengung" und "Selbstmordphantasien" des präsuizidalen Syndroms von RINGEL. Die situative Ausweglosigkeit mündet in Suizidgedanken und Vorstellungen in dreistufiger Entwicklung:

1. "Tot zu sein" ohne konkrete Vorstellung des Sterbens. RINGEL betont dabei, daß es weniger belastend zu sein scheint, sich das Totsein vorzustellen als den Prozeß des Sterbens.
2. "Hand an sich zu legen ohne konkrete Pläne der Durchführung"
3. "Es werden bestimmte Selbstmordmethoden oft bis in die kleinste Einzelheit durchdacht" (RINGEL 1965).

Eine inhaltliche Identität in den motivationalen Abläufen der Selbstmordhandlung findet sich in den Items zu dem Faktor "Suizidrisiko" im BECKschen Depressionsfragebogen.

1. "Ich glaube, es wäre besser, wenn ich tot wäre".
2. "Ich würde mich umbringen, wenn ich es könnte".
3. Ich habe bestimmte Vorstellungen, wie man Selbstmord verübt".

Spannt man den Bogen von den psychoanalytischen Theorien zu den kognitiven Ansätzen der Depressionsforschung, lassen sich unabhängig von der Theorie zur Genese der Störung, die dem Suizidversuch unterliegt, gemeinsame Erlebnisweisen (Erleben definiert als "präsente Inhalte", Wahrgenommenes, Angetroffenes oder "repräsentierte" (Vergegenwärtigtes) (nach DORSCH 1976), Einstellungsmuster (Einstellung nach ALLPORT verstanden als "ein seelischer und nervlicher Bereitschaftszustand,der - durch die Erfahrung organisiert - einen richtenden oder dynamischen Einfluß auf die Reaktion des Individuums, auf alle Objekte

und Institutionen ausübt, mit denen es verbunden ist") (zit. nach DORSCH 1976) und Motivationen suizidaler Individuen festlegen.

Erlebnisweisen:
1. Hilflos zu sein - keine Macht und Bedeutung zu haben
2. Verlassen zu sein - keine Unterstützung, Hilfe und Liebe zu erfahren, diese verloren zu haben
3. Hoffnungslos zu sein - daß sich auch in Zukunft nie etwas bessern wird.

Einstellungsmuster:
1. Ich bin ein Verlierer und Versager und kann nichts erreichen
2. Ich bin allein und keiner hilft mir
3. In Zukunft wird alles genauso bleiben oder noch schlimmer werden.

Motivationen, die je nach Aggressionsrichtung und "Nähe oder Entfernung" unterschiedlich sind:
1. Ich will es noch beweisen - ich muß aufgeben
2. Dann werden sie Mitleid haben - allein kann man nicht leben
3. Danach wird alles besser werden - das Leben ist sinnlos.

I.4.8. Kritische Zusammenschau

Die psychoanalytischen und lerntheoretischen Modelle, ebenso wie RINGELs psychodynamisch beschreibendes Konzept und der BECKsche kognitive Interpretationsansatz betrachten die Suizidhandlung als Bestandteil einer nosologischen Entität. In diesen Theorien und Modellen ist die suizidale Handlung primär darauf ausgerichtet, einer Situation zu entfliehen, Entfernungen zu geliebten, gehaßten, übermächtigen Bezugspersonen, Interaktionspartnern herzustellen.
Dabei wird die von ZWINGMANN und vor allem STENGEL betonte Bipolarität zu wenig beachtet. Die lebensbejahende bzw. aus narzißmustheoretischer Sicht regressive Psychodynamik der Hinwendung, das Schaffen von Nähe, werden nicht oder nur unzureichend bewertet.

In der klinischen Arbeit mit jugendlichen Suizidenten tritt "der Wunsch, die Gefühle der Mitmenschen zu beeinflussen" (STENGEL 1969), das Bedürfnis,"die negativen Reaktionen anderer abzuschwächen" (BANDURA 1979), der "heilsame Suizidversuch" (LEWINSKY-AURBACH 1980) augenscheinlich in den Vordergrund.
Die Betonung der "depressiven Komponente", der Flucht-,Entfernungs- und Selbstvernichtungstendenz,in der Mehrzahl der Theorien und Modelle zur Suiziddynamik mag darauf beruhen, daß das Klientel, von dem die grundlegenden Daten stammen, deutlich überwiegend Erwachsene waren. Der "Sinn" (SPRANGER) einer Suizidhandlung im Jugendalter wird einen anderen Stellenwert in der "Wertverwirklichung" (SPRANGER) haben als im Erwachsenenalter.Die Adoleszenz birgt in einem höheren Maße als spätere Lebensabschnitte eine prospektive Dynamik in sich. Sie ist eine Phase erhöhter Vulnerabilität, in der die Suizidhandlung Symptom einer momentan krisenhaft zugespitzten „Individuation"(JUNG) ist. Die Suizidhandlung ist im Jugendalter eher ein "Anzeichen" für die Schwäche, die Zukunft so nicht bewältigen zu können (prospektive Orientierung), als für die Schwäche, die Vergangenheit schon nicht bewältigt zu haben, (retrospektive Orientierung) im Erwachsenenalter.

Man darf aus dieser Oberlegung folgern, daß die Suizidhandlung im Jugendalter nicht primär als Symptom depressiver Verstimmungen identifiziert werden darf, wie es die Mehrzahl der referierten Theorien und Modelle tut, sie steht vielmehr auch für andere als depressive psychodynamische Prozesse. Dementsprechend ist zu erwarten, daß Motivstruktur und Motivationsprozeß auch andere Charakteristika aufweisen, d.h., daß die "Nähe", der "heilsame Suizidversuch" stärker im Vordergrund steht.

I.5. Motivations- Motiv - Modell in der vorliegenden Untersuchung

I.5.1. Begriffsdefinition

Für die vorliegende Arbeit wurde ein eigenes Motivations-Motiv-Modell erstellt, innerhalb dessen vor allem durch das Erfassen begleitender, selbstbezogener,kognitiver Prozesse Auskunft über den motivationalen

Prozeß und suizidale Motive erlangt werden soll.

Situative Faktoren, vergangene und gegenwärtige, traumatisierende Geschehnisse, die von der "Deprivation in der oralen Phase" (RINGEL 1965) bis zur partnerschaftlichen Versagung im aktuellen Konflikt -"Haltlosigkeit" (HOBROCKER 1982) reichen können, münden in die zuvor beschriebenen Erlebnisweisen als Basis des motivationalen Prozesses. Diese Erlebnisweisen bedingen die Einstellungsmuster mit entsprechenden Kognitionen, die die Motivwahl begleitend unterstützen.

"In Wirklichkeit" gibt es keine Motive. Sie sind nur "hypothetische Konstrukte" (HECKHAUSEN 1980). Sie sind ein Erklärungsversuch für ablaufende, nicht beobachtbare Prozesse zwischen zwei objektiven Gegebenheiten, die nacheinander beobachtbar auftreten. Motive sind "zwischen den vorauslaufenden Bedingungen der Situation, individuellen Besonderheiten der Person und dem nachfolgenden Handeln" anzusiedeln (HECKHAUSEN 1980). Diese hypothetischen Prozesse, die zwischen Situation und Handeln auftreten, können als "Motivation", hingegen die "individuellen Besonderheiten", die diesen Ablauf richtungsweisend bestimmen, als "Motiv" bezeichnet werden (HECKHAUSEN 1980).

Die Begriffe "Situation", "Motivation", "Motiv" bedürfen begrifflicher Darlegung und Eingrenzung.

I.5.1.1. Situation

"Situation" ist die das Individuum beeinflussende Umgebung, sie hat neben einer "objektiven Gegebenheit" vor allem eine "subjektive Gegebenheit" (HECKHAUSEN 1980), die von aktuellen, individuellen Einstellungen bestimmt wird. Diese "subjektive Gegebenheit", unterteilt in eine äußere und innere Wirklichkeit, soll in Richtung auf den Zielzustand (Motiv) prozeßhaft verändert werden (Motivation). Prozeßvariablen der äußeren wie auch der inneren Wirklichkeit sind "selbstbezogene Kognitionen", die wirksam werden "insbesondere dann, wenn die eigene Person in das Feld der eigenen und fremden Wahrnehmung gerät" (HECKHAUSEN 1980). HECKHAUSEN unterstreicht, daß Erwartungen, die das

Selbst als eine Quelle besonderer Wirksamkeit einbeziehen, den größten Raum unter den selbstbezogenen Kognitionen einnehmen.
Im Suizidgeschehen ist das Selbst sui generis Quelle besonderer Wirksamkeit, und selbstbezogene Kognitionen, wie BECK sie betont, können ebenso wie reale Gegebenheiten "symbolische Repräsentationen absehbarer Ereignisse" werden (BANDURA 1979) und sind damit als situative Faktoren von erstrangiger Bedeutung.

I.5.1.2. Motivation

Als "Motivation" wird die "Ausrichtung der Dynamik" (HECKHAUSEN 1980) auf einen Zielzustand (Motiv) hin verstanden.
"Die Gruppe der vorauslaufenden Bedingungen" des zielgerichteten Handelns, nämlich die Besonderheiten der jeweils gegebenen Situation, werden als "motivierend" angesehen" (HECKHAUSEN 1980). Es entsteht ein Regelkreis zwischen Situationsgegebenheit und Motiven einer Person, der so lange besteht, bis die Situationsgegebenheit der Motivvorgabe entspricht. "Motivationen sind also situationsabhängig" (HECKHAUSEN 1980).

Der Prozeß der Motivation läßt dabei unterschiedliche bis hin zu alternativen und konflikthaften Möglichkeiten offen. Motivation ist kein kontinuierlich gleichförmiger Ablauf, sondern besteht aus "selbstregulatorischen Zwischenprozessen" (HECKHAUSEN 1980), in die der Ablauf einer Handlung unterteilt werden kann.

Ganz ähnlich ist die Position PIELs, der von "Motivationsgeschehen" als einem Prozeß spricht, der den "Motivaufbau", die "Motivbündelung", den "Motivkonflikt" und die "Motivauswahl" (PIEL 1977) umfaßt.

In der Suizidforschung ist bisher wenig zwischen den Ursachen, den Auslösern und Motiven einer Suizidhandlung unterschieden worden. Mag auch ein übergreifender Entwicklungszusammenhang bestehen, muß doch in jeweils gesonderten Fragestellungen Ursache, Auslöser und Motivfunktion klar voneinander abgegrenzt werden. Welche situativen Informationen (Auslöserfunktion) ein Individuum benutzt, wie es sie verarbeitet, so daß der Motivierungsprozeß induziert bzw. initiiert wird,

läßt sich in Kognitionen erfassen, die, soweit sie "persönlichkeitsspezifisch sind" (HECKHAUSEN 1980), andererseits auch Beweisstücke des Motivbündels sind.

I.5.1.3. Motiv

Die Bezeichnung "Motiv" steht in der Motivationspsychologie heute als ein Oberbegriff für so unterschiedliche Benennungen wie "Trieb", "Strebungen", "Haltungen", "Bedürfnisse".
"Im Sprachverständnis der gegenwärtigen Psychologie ist der Motivbegriff vielfältig und schillernd. Er hängt nicht zuletzt von impliziten Bezugssystemen des betreffenden Forschers ab. Gemeinsam scheint allen jedoch zu sein, daß unter Motiv der einzelne, zum Tragen kommende Beweggrund verstanden wird, der innerhalb eines Motivgeschehens letztlich zum Effekt eines bestimmten psychodynamischen Geschehens führt" (PIEL 1977).
Diese von PIEL unterstrichene Vielfältigkeit mögen die folgenden Definitionen und Standorte belegen.
"Alles Verhalten, das vom Organismus selbst aktiviert und zielgerichtet ist, heißt motiviertes Verhalten, gleichgültig ob es offenes, von außen beobachtbares Verhalten oder inneres, intendiertes Verhalten ist" (KÖNIG 1977).
Stärker als KÖNIG betont GRAUMANN (1968) die "soziogenen" Determinanten des Motivs, wenn er in Anlehnung an WOODWORTH (1921) der motivierenden Situation große Bedeutung zumißt und betont, daß "dem Zusammenhang zwischen Motiv und Reizen, der Interaktion von innerer Lage und äußerer Situation, besondere Aufmerksamkeit zu widmen sein wird".
Die soziogenen oder sekundären Motive sind nach GRAUMANN jene, die "im Prozeß der Sozialisation des Hineinwachsens in eine soziokulturelle Gemeinschaft oder Gruppe erworben" werden und die "bis zu den Determinanten des theoretischen, religiösen und ästhetischen Verhaltens" reichen. So impliziert der Begriff auch die "Sinnfrage" (SPRANGER) oder "Zielgerichtetheit" im Sinne TOLMANs, von der GRAUMANN als von einer "vergangenheitsbedingten Zukunftsgerichtetheit" spricht und PIEL von einer "teleologisch-normativen (zweckgerichteten)" Orientierung (PIEL 1977).
Das Motivkonzept hat in der Persönlichkeitsforschung große Bedeutung

erlangt, angefangen von der FREUDschen Trieblehre bis hin zu MASLOWs Bedürfniskonzeption.

MASLOW (1970) postuliert, daß man Motive nur "nach grundlegenden Zielen und Bedürfnissen" klassifizieren könne, und betont, daß "das Individuum ein integriertes organisiertes Ganzes" sei, daß "Handlungen, Wünsche meistens mehrfach motiviert" sind und die Motive "untereinander in Beziehung und zur jeweiligen Situation zu anderen Menschen" stehen.

McCLELLAND betont die Einbettung des Motivs in die kognitiv-emotionale Ontogenese des Individuums: "Motiv ist der Niederschlag von Erfahrungen, in denen bestimmte Schlüsselreize mit Affekten oder Bedingungen, die Affekte hervorriefen, gepaart wurden" (1953). Er geht weiterhin davon aus, daß der Affekt, der sich im Motiv mit einem bestimmten Schlüsselreiz legiert, nicht an der Handlung, an dem Geschehen orientiert, sondern vielmehr an den Erwartungen und Ergebnissen von Handlungen und Geschehnissen und damit dem Motiv eine Ziel- oder Zukunftsorientierung verleiht.

Die bisher angeführten Interpretationen und Teilaspekte des Motivbegriffes faßt HECKHAUSEN (1980) zusammen, wenn er Motiv als eine "dynamische Komponente", die auf "einen gewissen, wenn auch im einzelnen recht unterschiedlichen, aber stets wertgeladenen Zielzustand" gerichtet ist, beschreibt. Diese Zielzustände, "die noch nicht erreicht sind und deren Erreichen, so vielfältig Mittel und Wege auch dabei sein mögen, angestrebt wird", leiten sich aus einem "bestimmten Personen-Umwelt-Bezug" her, der als bedürfnisreduzierender oder -befriedigender, als die Situation, in der das Individuum im Moment steht, erlebt wird. Den Zielzustand als prävalierendes Moment unterstreicht auch BANDURA: "Durch die symbolische Repräsentation absehbarer Ergebnisse können Menschen zukünftige Konsequenzen zu gegenwärtigen Beweggründen ihres Handelns machen" (BANDURA 1979). Diese Definitionen implizieren, daß sich Motive im Laufe der Entwicklung als relativ "überdauernde Wertungsdispositionen" (HECKHAUSEN 1980) herausgebildet haben, gelernt worden sind. Dieser Betrachtungsaspekt, der in psychopathologischer oder neurosenpsychologischer Sicht sehr bedeutsam ist, rückt den Motivaufbau in die Nähe der

Begriffe der neurotischen Apperzeption, der Wertblindheit, des Selbstwertgefüges und depressiven Einstellungsmusters.

Die von PIEL betonte Motivauswahl im Motivationsgeschehen unterstreicht auch HECKHAUSEN in seiner Aussage, daß "das Verhalten einer Person zu einem gegebenen Zeitpunkt vom ranghöchsten Motiv (relativ stärksten)" bestimmt wird, das solange wirksam bleibt, bis der erstrebte Zielzustand des jeweiligen Personen-Umwelt-Bezuges erlangt worden ist oder als annähernd befriedigt erlebt wird, solange nicht ein Wechsel situativ disponierender Faktoren ein anderes Motiv als das relativ stärkste erscheinen lassen.

PIEL definiert Motiv als "der einzelne zum Tragen kommende Beweggrund. So gesehen sind Motive Wirkfaktoren, die das individuelle Erleben, Verhalten und Leisten aktivieren und regulieren "(PIEL 1977).

I.5.2. Motivations-Motiv-Entwicklung durch Objektion

Die "bisher vorliegenden theoretischen Reflektionen" mit ihren "bisherigen empirischen, phänomenologisch-heuristischen (ACH) und teilweise experimentell verifizierten Befunden (MIERKE u.a.) "zur Objektion"wurden von PIEL u.a. einer"experimentellen Oberprüfung der motivationalen Wirkung" unterzogen und als "ein kontrollierbarer Lernprozeß zum Aufbau von Motiven" ausgewiesen (PIEL 1977).
Der Übertrittsprozeß (Motivation) aus der Ausgangssituation durch Handeln in die Zielsituation (Motiv) mit seinen begleitenden Kognitionen wird als Prozeß der "Objektion" gesehen, der sich in drei beobachtbaren, abgrenzbaren Schritten vollzieht.
Objektion, "ein zeitlich ausgedehnter kontrollierbarer Prozeß des allmählichen Merkmalsübertritts während und durch das Verhalten" (PIEL 1980), vollzieht sich im ersten Schritt als "Tätigkeitsbereitschaft" in der Konfrontation mit dem Objekt. Mit dem sukzessiven Merkmalsübertritt erfährt das Objekt "Anreiz und Aufforderungsmomente", das Subjekt erlebt ein "Sollen" und danach gar ein "Müssen". In der Fortdauer des Merkmalsübertritts erlangt der Gegenstand "finale Orientierung". Das Handeln eines Individuums auf ein bestimmtes Objekt

hin bedeutet den Obertritt in "einem allmählichen Lernprozeß" subjektiver Qualitäten auf die "Objektseite", wo sie mit den Objektqualitäten "fusionieren" und im "Wirkprozeß" ihren Zielzustand erreicht haben.

Dieser "Lernprozeß", wie PIEL ausdrücklich unterstreicht, von Motiven umfaßt den zentralen, psychodynamischen Prozeßablauf zwischen Ausgangs- und Zielsituation.
Die "Objektion" stellt im Rahmen der theoriebildenden Reflektionen zur Suizidtat ein Bindeglied dar, das einen Erklärungsansatz dafür bietet, daß aus dem Erleben von Hilflosigkeit, Verlassenheit, Hoffnungslosigkeit, Fremdaggression ein Zielzustand - Nähe, Entfernung, Autoaggression - mit dem "Wirkprozeß" (PIEL 1977) der Suizidtat erwächst.

I.5.3. Motivations-Motiv-Modell dieser Untersuchung

Die suizidale Motivstruktur ist entweder durch die individuelle Entwicklung determiniert, aus der eine "überdauernde Wertungsdisposition" (im Sinne von Einstellungsmustern) herrührt, und/oder aktuellen situativen Gegebenheiten (Erlebnisweisen), aus denen heraus das Individuum sukzessiv, im Sinne des Obertritts, eine geänderte Situation, einen Zielzustand erstrebt.
Die zur Änderung führende Handlung ist eine die eigene Person schädigende, den Tod herbeiführende, ihn nicht ausschließende oder zumindest in Kauf nehmende Handlung (Selbstmordhandlung).
Die diesen Prozeß begleitenden und unterstützenden Kognitionen zu den jeweiligen Situationen (Ausgangs- oder Zielsituation) geben, soweit sie erfaßbar werden, Aufschluß über die Motive. Dies sind die zum Tragen kommenden Beweggründe im Erleben von innerer und äußerer Wirklichkeit in Ausgangs- und Zielsituationen. Demzufolge müssen vier Arten der prozeßbegleitenden, unterstützenden Kognitionen unterschieden werden:

1. Kognitionen der inneren Wirklichkeit
2. Kognitionen der äußeren Wirklichkeit
3. Kognitionen der Ausgangssituation
4. Kognitionen der Zielsituation.

Diese Kognitionen können einzeln oder untereinander kombiniert auftreten.

Ein begriffslogischer Exkurs verdeutlicht die Entwicklung suizidaler Dynamik:

Ursache: Die Ursache suizidaler Handlungen sind Erlebnisweisen eines Individuums, die einen seelischen und nervlichen Bereitschaftszustand organisieren, Einstellungsmuster, aus dem heraus durch "Motivation" suizidale "Motive" antizipiert werden. Entsprechende Erlebnisweisen müssen dabei als Folgen einer psychopathologischen Entwicklung oder eines krisenhaften interdependenten Personen-Umwelt-Bezuges angesehen werden.

Einstellungsmuster: Ein Einstellungsmuster ist ein seelischer und nervlicher Bereitschaftszustand, durch die Erfahrung organisiert, der einen richtenden oder dynamischen Einfluß auf die Reaktion eines Individuums ausübt. Ein Einstellungsmuster ist somit in Anlehnung an KATZ (1959) eine Bewertungsdisposition.

Anlaß: Der Anlaß, die Auslöserfunktion einer Suizidhandlung ist eine durch einen äußeren Reiz provozierte Erlebnisweise, die, basierend auf vorausgegangener "Motivation", das Suizidmotiv erstrangig werden läßt, im Sinne der Motiv-Konfliktlösung.

Motivation: Die Motivation ist die prozeßhafte Ausrichtung der Dynamik in Form von "Motivaufbau" , -"bündelung" und -"auswahl" in Abhängigkeit von der jeweiligen "Situation" des Individuums.

Motiv: Das Motiv, der zum Tragen kommende Beweggrund, ist ein wertgeladener Zielzustand im Personen-Umwelt-Bezug, eine "Situation", die als bedürfnisreduzierender oder befriedigender als die aktuelle "Situation" antizipiert wird.

Situation: Die Situation ist die subjektive Gegebenheit der äußeren und inneren Wirklichkeit eines Individuums.

Die Motivstruktur und die vorauslaufende Motivation muß in ihren einzelnen Teilbereichen erfaßt werden: In der Vorgeschichte als mögliche psychopathologische oder als aktuelle krisenhafte Entwicklung (Anamnese), in den potentiell-aktuellen Störungsbildern eines Suizidenten (Symptome) und in den situativen Faktoren (Kognitionen).
In dieser probabilistischen Vorgehensweise erscheint eine große Annäherung an den Motivationsprozeß und die Motivstruktur suizidaler Geschehnisse - das Ziel dieser Arbeit - möglich.

II. Empirischer Teil

II.1. Kritische Anmerkungen

Der vorliegende empirische Teil der Arbeit birgt methodische Beeinträchtigungen, auf die es hinzuweisen gilt.
Eine kritische Betrachtung hat die Gütekriterien eines solchen Untersuchungsablaufes mit den Methoden der Datenerhebung zu bedenken.
Ein nicht standardisierter Fragebogen, von unterschiedlichen Untersuchern erfaßte Explorations- und Anamnesedaten mindern die Zuverlässigkeit.
Die Untersuchungssituation als ex post facto -Situation muß sehr wohl die inhaltliche Gültigkeit beeinträchtigen.
Der Stichprobenumfang der Untersuchungsgruppe zur Erfassung der Motivstruktur mit einem N von 40 mindert die Allgemeingültigkeit der Aussagen. Die relativ geringe Stichprobengröße beeinträchtigt eine weiterführende statistische Behandlung der Daten, um in einem größeren Umfang gruppendifferenzierende und konkludierende Merkmale etwa mittels einer Konfigurationsfrequenzanalyse herausstellen zu können.
Insofern ist der vorliegenden Untersuchung eher der Stellenwert einer Pilot-Study zuzugestehen,die Ansatzmöglichkeiten vertiefender Erforschung der motivationalen Zusammenhänge bietet.

II.2. Fragestellung und Hypothesen

Schwerpunkt der im empirischen Teil vorgestellten Untersuchung ist die Erfassung und statistische Verwertung von symptomatologischen, motivationalen und Motivdaten Jugendlicher, die einen Suizidversuch unternommen haben. Neben der Beschreibung und Differenzierung dieser Daten soll versucht werden, mögliche gemeinsame oder differente ätiologische Faktoren von Symptomen, Motivationsablauf und Motivstruktur aufzuzeigen, um die in die suizidale Tat einmündende Psychodynamik transparent zu machen. Demgemäß weist die Fragestellung 6 Schwerpunkte auf.

Fragestellung A

Weisen jugendliche Suizidenten unterschiedliche Psychopathogenesen mit entsprechenden pathogenetischen Faktoren auf oder läßt sich ein "genereller Suizidfaktor" nachweisen?

In der Literatur wird von mehreren Autoren einerseits die "Neurose zum Selbstmord" hervorgehoben, andererseits differente psychopathologische Entwicklungen, denen lediglich die Selbstmordhandlung gemeinsam sei.

Hypothese 1

Eine spezielle Suizidpsychopathogenese gibt es nicht.

Fragestellung B

Unterscheiden sich jugendliche Suizidenten in ihrer Symptomatik von klinisch anders auffälligen Jugendlichen und lassen sie sich symptomatologisch klassifizieren?

Die hierzu hergeleiteten Hypothesen ergeben sich aus den in der Literatur dargelegten Ergebnissen. Demzufolge sind jugendliche Suizidenten psychodynamisch "eingeengt" und weisen einen höheren Grad an aggressiver Gehemmtheit als klinische Kontrollgruppen auf.

Hypothese 2

Jugendliche Suizidenten weisen im Stichprobenmittel vermehrt Gehemmtheitssymptome auf.

Hypothese 3

In der Gruppe der jugendlichen Suizidenten lassen sich anhand von Symptomkombinationen statistisch unterscheidbare Klassifikationen finden.

Fragestellung C

Läßt sich bei jugendlichen Suizidenten anhand folgender Faktoren (Erlebnis- und Verhaltensweisen), Reaktionsmuster, Prodromalstadium, Personen-Umwelt-Bezug, auslösende Idee, Methode, Ort der Suizidhandlung, Abschiedsbriefe, eine Motivationsdynamik nachweisen, und läßt sich diese Entwicklung der Dynamik als ein Objektionsprozeß interpretieren?

Die Prozesse des Motivationsaufbaues, der Motivationsbündelung und Auswahl, das Motivationsgeschehen, wird als Abfolge von gegliederten Zwischenprozessen angesehen, über die die obengenannten Faktoren Aufschluß geben können. Der Objektionsprozeß ist dabei als eine „Veränderung" der äußeren Wirklichkeit zu erwarten. Die genannten Faktoren müßten auch darüber, über diese Verlegung subjektiver Erlebnisqualität in die Außenwelt, Auskunft geben.

Hypothese 4

Anhand bestimmter Erlebnis- und Verhaltensweisen ist ein Rückschluß auf Zwischenprozesse im Motivationsgeschehen möglich.

Hypothese 5

Im Motivationsgeschehen läßt sich die Obertragung der subjektiven Erlebnisqualität auf die Umwelt nachweisen.

Fragestellung D

Lassen sich jugendliche Suizidenten anhand des Motivationsgeschehens differenzieren und klassifizieren, sowohl unter dem qualitativen wie auch temporal quantitativen Aspekt? Lassen sich darüber hinaus Entsprechungen solcher möglicher Klassifikationen zu denen der symptomatologischen Klassifikation aufzeigen?

Die Suizidhandlung wird sowohl als Folge einer langwierig differenten psychopathologischen Entwicklung als auch als eine Reaktionsweise in

kurzfristig krisenhaften Belastungssituationen angesehen. Als krisenhaftes Geschehen wäre die Suizidhandlung Ausdruck einer psychischen Dekompensation, der keine nachweisbare langfristige Psychopathogenese vorausgegangen ist. Entsprechend ist zu erwarten, daß es differente Motivationsabläufe gibt.

Hypothese 6

Jugendliche Suizidenten lassen sich in Teilbereichen des Motivationsgeschehens differenzieren und klassifizieren.

Hypothese 7

Die Klassifikation nach Motivationsgeschehnissen einerseits und Diagnose (Pathogenese und Symptomatik) andererseits weist einen meßbaren Zusammenhang auf.

Fragestellung E

Lassen sich in Form der selbstbezogenen Kognitionen unterschiedliche Motivrichtungen nachweisen und wenn, lassen sich diese statistisch unterscheidbar gruppieren?

In den zuvor dargelegten Motivmodellen und dem eigenen Motivations-Motiv-Modell werden jeweils zwei bipolare Dimensionen von Kognitionen als Repräsentanten des Motivs herausgestellt,und es wird betont, daß sie sich quantitativ different in der Suizidtat legieren. Die Annahme differenter Motivstrukturen ist auch daraus herzuleiten, daß unterschiedliche Motivationsprozesse, Aufbau, Bündelung und Auswahl von Motiven, zu unterschiedlichen Motivstrukturen führen.

Hypothese 8

Eine suizidale Handlung weist mehrere gleichzeitig vorhandene, aber unterschiedlich starke Motive auf.

Hypothese 9

Jugendliche Suizidenten lassen sich anhand ihrer Motivstruktur statistisch voneinander in Klassen abgrenzen.

Fragestellung F

Besteht ein Zusammenhang zwischen den Gruppierungen nach Motivstruktur, Diagnose und Motivationsgeschehen ?

Diese Fragestellung zielt auf den Versuch einer Typologisierung, differenter diagnostischer Einordnung der suizidalen Dynamik. Untersuchungen zur Typologisierung und diagnostischen Zuordnung anhand von Persönlichkeitsmerkmalen von Suizidenten liegen bereits von KATSCHNIG (1973), LEWINSKY-AURBACH (1980) und HOBROCKER (1982) vor. Klassenbildende Forschungsansätze unter Einbeziehung psychopathologischer Phänomene und Persönlichkeitsstruktur unter Berücksichtigung psychosozial belastender Gegebenheiten legten KIEV (1976) und HENDERSON (1977) dar.

Hypothese 10

Es besteht ein meßbarer Zusammenhang zwischen den jeweiligen Klassifikationen anhand der Motivstruktur, der Diagnose und des Motivationsgeschehens.

II.3. Beschreibung der Untersuchung

II.3.1. Darstellung der Untersuchungsverfahren

Die Datenerfassung der Untersuchung gliedert sich in zwei Hauptteile.

a) Jugendpsychiatrische Diagnostik:

Aus der Gesamtpopulation jugendlicher Suizidenten, die in den Jahren 1976 bis 1979 poliklinisch auf der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zentrum Nervenheilkunde der Universität Kiel untersucht und diagnostiziert wurden, konnten 98 Patienten in diese Untersuchungsgruppe einbezogen werden. Bei diesen Patienten wurde anhand ihrer Symptomkombination und Psychopathogenese eine jugendpsychiatrische Diagnostik vorgenommen, die eine Kategorienbildung zuläßt.

b) Motivations-Motiv-Untersuchung:

Bei 41 der 98 Patienten wurde ein eigens entwickelter Fragebogen herangezogen, der mit freien Antworten und vorgegebenen Antwortmustern

situative Faktoren und Kognitionen der Motive und des Motivationsablaufes zu erfassen versucht.

II.3.1.1. Ermittlung der Symptomatik

Die psychopathologischen Verhaltens- und Erlebnisauffälligkeiten der Patienten wurden außer von dem Verfasser von zwei Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und einem Psychologen, der langjährig jugendpsychiatrisch tätig war, ermittelt. Als Richtlinie für die Befunderhebung der aktuellen Symptome (die Symptome, die innerhalb von 6 Monaten vor dem Suizidversuch manifest waren) diente eine Liste von 39 Symptomen (Anhang , Symptomliste 1). Diese 39 Symptome repräsentieren die häufigsten Verhaltensauffälligkeiten von Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 18 Jahren und wurden durch die Auswertung von 300 Krankengeschichten jugendlicher Poliklinikpatienten ermittelt, die von Alter, Geschlecht und Schulform her repräsentativ für das Klientel der jugendpsychiatrischen Poliklinik in dem Einzugsgebiet (Bundesland Schleswig-Holstein) sind.
Im Einzelfall wurden die Symptome durch eine Fremdbefragung (Anamnese des Patienten mit den Eltern oder einer anderen nahen Bezugsperson), durch Exploration des Patienten und Verhaltensbeobachtungen des Untersuchers oder anderer Beziehungspersonen des Patienten (z.B. Lehrer, Hausarzt) ermittelt. Eine quantitative Abstufung und damit die Entscheidung darüber, ob eine Verhaltens- oder Erlebnisauffälligkeit als Symptom in der individuellen Symptomliste des Patienten erfaßt wurde, oblag dem jeweiligen Untersucher.
Die Quantifizierung einer Störung in Form von Intensitätsskalen ergibt häufig nur eine Scheinobjektivität und mißt nicht die faktische Ausprägung eines Symptoms, soweit es nicht auszählbar ist, sondern den Grad der subjektiven Sensibilität des Befragten für die jeweilige Störung.

Qualitative,symptomatologische Abgrenzungen, die bei der diagnostischen Kategoriebildung hilfreich gewesen wären, wurden dabei von den Untersuchern nicht getroffen. Die aus der Symptomkombination resultierende, diagnostische Zuordnung wurde durch Daten aus der Psychopathogenese gestützt, wozu auch die Symptome aus der frühkindlichen Entwicklung und

Latenzzeit herangezogen wurden. Dafür lag eine Liste mit weiteren 30 Symptomen (Anhang , Symptomliste 2) vor, die aus der obengenannten Stichprobe gewonnen worden war und in der Reihung der Symptome eine große Übereinstimmung mit ähnlichen Untersuchungen von ADAM (1960), NISSEN,BIERMANN (1961), HAU (1972), LANGENMAYER (1975), FREDERKING (1975) und HÖCK et al. (1978 BFB-K) aufweist.
Prävalierend für die Zuordnung zu den diagnostischen Kategorien waren jedoch die akuten Symptome, d.h. jene, die im letzten Halbjahr vor dem suizidalen Tun manifest geworden waren.

II.3.1.2. Ermittlung der Motivation und Motivstruktur

Die Erfassung der Motive, Motivationsabläufe und der internalen und externalen Bedingungsvariablen (Faktoren des Motivationsgeschehens) geschah mit einem eigens erstellten Fragebogen, der aus mehreren Pilot-Studies und einer Feldstudie resultierte (SCHMITZ 1979).

Vergleichbare Untersuchungen über Motivationsprozesse und Motivstrukturen liegen bisher nicht vor. Die Arbeiten von KREITMAN und OVERSTONE (1974), HENDERSON et al. (1977), PAYKEL (1978) und RASSABY (1978) beziehen sich entweder auf die sozialen Determinanten der psychischen Entwicklung und die externen Situationsfaktoren, sogenannte "Life-stress-Situationen", oder auf die diagnostische Typisierung bzw. auf Persönlichkeitsmerkmale als sogenannte "Motivbündel" (HENDERSON 1977).

Der für die vorliegende Untersuchung entwickelte Fragebogen war in seinen einzelnen Fragenkomplexen empirisch aus Voruntersuchungen hergeleitet und hinsichtlich seiner Anwendbarkeit an 12 jugendlichen Patienten nach einem Suizidversuch überprüft worden.

Der Fragebogen (Anhang) gliedert sich in den Fragen, die für diese Untersuchung relevant waren, in fünf Fragenkomplexe. Deren Beantwortung läßt eine Aussage über Motivgefüge und die Motivation mit ihren situativ-disponierenden Faktoren, mit ihrem Radikal in der emotional-kognitiven Ontogenese, zulässig erscheinen.

Erster Fragenkomplex:

Soziale Determinanten, die in der Psychopathogenese aus der Sicht des Patienten relevant geworden sein können.

Zweiter Fragenkomplex:

Problembereiche und individuelle Reaktionsmuster, die Aufschluß über die Erlebnisweise und Einstellungsmuster von Patienten vermitteln.

Dritter Fragenkomplex:

Suizidale Vorgeschichte, aus der Informationen über die direkt zugänglich-situativen Faktoren (individuelle und peristatische Belastungen) ermittelt werden können.

Vierter Fragenkomplex:

Ablauf der suizidalen Handlung, in der auslösende Funktionen in Beziehung zu aktuellen Konflikten evident werden.

Fünfter Fragenkomplex:

Motivermittlung durch vorgegebene, empirisch hergeleitete Kognitionen.

Die Fragenkomplexe gliedern sich im einzelnen wie folgt:

Erster Fragenkomplex: Soziale Determinanten

Die Eingliederung des Patienten in die Familie wird in folgenden Fragen erfaßt. Die Fragen 06 und 07 sind auf Zahl und Geschlecht der Geschwister bezogen, Frage 08 auf die Stellung innerhalb der Geschwisterreihe, Frage 09 nach der primären Erziehungsperson, die Fragen 10 und 11 beziehen sich auf den Trennungsstatus der elterlichen Ehe, Frage 12 und 13 umfassen die emotionale Beziehung zu Vater und Mutter in der Vergangenheit und Gegenwart und geben damit auch Auskunft über einen möglichen Wandel emotionaler Beziehungen. Die Frage 14 erhellt den wohnlich-sozialen Rahmen der Eltern-Patienten-Beziehung.

Zu den sozialen Determinanten gehören weiterhin die Eingliederung des Patienten in den Leistungsbereich. Dabei beziehen sich die Fragen 02, 03 auf den Ausbildungsstatus, 04 auf den Ausbildungsweg und ein mögliches Wiederholen von Schulklassen.
Als weitere soziale Determinante wird die Integration des Patienten in Gruppen- und Dualbeziehungen erfaßt. Dies geschieht durch die Frage Nr. 39 nach Vereinszugehörigkeiten und Frage Nr. 38 mit ihren Unterpunkten über Kindergartenzugehörigkeit, Klassenintegration auf verschiedenen Schul- und Altersstufen.

Zweiter Fragenkomplex: Problembereiche und Reaktionsmuster

Individuelle Reaktionsmuster werden in den Fragen 41 und 42 erfaßt, bei denen vom Patienten Reaktionen bei aggressiven und depressiven Verstimmungszuständen durch jeweils unterschiedliche Verursacher angegeben werden sollen.

Die Fragen 20 und 21 zielen auf mögliche Bezugspersonen und Ansprechpartner und erfassen damit den Personen-Umwelt-Bezug des Suizidenten.

Eine qualitative und quantitative Aussage über Problembereiche eines Patienten, Aspekte der äußeren Wirklichkeit, geschieht durch die Beantwortung der Frage Nr. 18.

Die Problemlösemechanismen, d.h. die Ausrichtung der Dynamik auf eine Zielvorstellung hin, ergeben sich aus der Addition mit weiteren situativen Faktoren, die im Fragenkomplex 3 erfaßt sind.

Dritter Fragenkomplex: Suizidale Vorgeschichte

Suizidale Vorbilder der Peristase werden durch die Frage 31 erfaßt und die individuelle Vorgeschichte suizidalen Tuns durch die Fragen 23 und 30. Weiteren Aufschluß über die Motivation ergeben die Antworten zu den Fragen 24, nach der auslösenden Funktion, und 32, zur initialen Idee.

Vierter Fragenkomplex: Tatablauf

Der Tatablauf, von der auslösenden Idee, Frage 32, über den Ort der Handlung, Frage 33, die Wahl der Mittel, Frage 25,26, und mögliche Tatankündigung, Frage 27, bis hin zur Entscheidung, ob ein Abschiedsbrief hinterlassen werden soll oder nicht, Frage 28, gibt Aufschluß über das unmittelbar prävalierende Motivationsgeschehen im Sinne der Fixierung des erstrangigen Motivs, läßt sich aus den Antworten zu den obigen Fragen nachvollziehen.

Fünfter Fragenkomplex: Motivermittlung

In Frage 36 und 44 waren Kognitionen vorgegeben, die empirisch hergeleitet waren und aus den jeweils ersten Explorationen mit jugendlichen Patienten nach ihrem Suizidversuch (n = 50) entstammten. In Frage 43 wurde die Zielsituation als Folge der Suizidhandlung hinterfragt.

II.3.2. Stichprobenerhebung und Ablauf der Untersuchung

Eine seit Ende 1975 zunehmende Anzahl poliklinisch zu untersuchender Jugendlicher nach einem Suizidversuch, die entweder konsiliarisch in verschiedenen Kliniken oder direkt vom Hausarzt vorgestellt wurden, war der Ausgangspunkt für zunächst psychosozial orientierte Betrachtungen zum suizidalen Geschehen bei Jugendlichen. Im Vordergrund stand in einem ersten Schritt der Versuch, externe Problembelastungen der Jugendlichen, die als Auslöser definiert werden konnten, aufzuspüren und ihre ursächliche Bedeutung zu identifizieren.
Die mit der poliklinischen Untersuchung verbundenen Fragestellungen der Therapie und unterschiedlicher Präventionsmaßnahmen nötigten in einem zweiten Schritt zu differentiellen Betrachtungen, die Aufschluß geben sollten über die individuelle Ätiologie einer suizidalen Handlung, die jeweiligen "Situation" und "Motivstruktur" eines Patienten.

Die Untersuchung der jugendlichen Suizidenten, deren Exploration, die Anamneseerhebung mit den Eltern oder anderen Bezugspersonen, geschah 24 bis 72 Stunden nach dem Suizidversuch.
Die unterschiedlich langen Zeiträume zwischen Suizidversuch und Datenerhebung resultieren aus differenten somatischen,psychischen und intellektuellen Zustandsbildern nach dem Suizidversuch. Bewußtseinsstörungen, Desorientierung in Bezug auf Ort, Zeit und eigene Person, Benommenheit und Schläfrigkeit infolge der Intoxikation oder medikamentöser Therapie mußten zum Zeitpunkt der Untersuchung vom behandelnden Arzt, Hausarzt oder Klinikarzt ausgeschlossen sein.
Die 98 Patienten, deren Daten in die Untersuchung zur Symptomatologie eingegangen waren, wurden von den genannten beiden Fachärzten, dem Untersucher und einem psychologischen Kollegen der kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik untersucht.

41 dieser Patienten erhielten darüber hinaus einen Fragebogen zur Motivanalyse; dabei oblag die Untersuchung mit dem Fragebogen allein dem Verfasser. 40 dieser Patienten konnten in die Untersuchung einbezogen werden, nur bei einer Patientin war dies nicht möglich. Es war ein 15-jähriges türkisches Mädchen, das sprachliche Verständnisschwierigkeiten so gravierender Art hatte, daß nur wenige Fragen von ihr sinngemäß beantwortet werden konnten.

In beiden Untersuchungsgruppen (n = 98 bzw. n = 41) waren nur Patienten, die älter als 14,0 und jünger als 18,0 Jahre alt waren. Diese Limitierung orientiert sich an der jugendpsychiatrischen Definition von Jugendalter ebenso wie an statistischen Altersgruppierungen.

II.3.2.1. Methoden der Datenverarbeitung

Untersuchungen zur Nosologie suizidalen Tuns erfordern klassenbildende Einteilungen, Klassifikationen sowohl unter symptomatologischen als auch motivationspsychologischen Aspekten. Da die zu klassifizierenden Merkmale dieser Untersuchung quantitativ vorlagen, wurde als taxometrisches

Verfahren die Clusteranalyse mit dem Ähnlichkeitsmaß des "S-Koeffizienten" von JACCARD (TANUMOTO) gewählt. Der JACCARD-Koeffizient als Verfahren der Abstandsmessung bei binären Daten erzeugt keine Scheingleichheit, wie der Simple-matching-Koeffizient dies durch seine stärkere Berücksichtigung der Null-Komponenten mit sich bringt.

Da es kein grundsätzliches Kriterium zur Festlegung eines Ähnlichkeits- oder Distanzmaßes gibt, bedeutet "dessen Wahl ein subjektives Element der Analyse, wobei die Art der gesuchten Cluster die Wahlmöglichkeit jedoch wesentlich einschränken" (H.H.BOCK).

Der Zahl der Cluster sind sachimmanente Grenzen gesetzt im Sinne diagnostisch sinnvoller Kategorien der Motiv-Vektoren bzw. der daraus resultierenden Motivbündel.

Als parameterfreie Prüfverfahren kommen sowohl der H-Test von KRUSKAL-WALLIS (SIEGEL 1956) als auch das Vierfelder-Chi-Quadrat bzw. als Zusammenhangsmaß der Phi-Koeffizient (HOFSTÄTTER, WENDT 1967) zur Anwendung.

II.4. Darstellung der Ergebnisse

Gemäß der Fragestellung gliedert sich die Darstellung der Ergebnisse in fünf Bereiche, deren jeweilige Resultate additiv integriert werden sollen. Einem diagnostischen Ablauf entsprechend werden auch die Ergebnisse der Fragenkomplexe dargestellt werden, d.h., daß der symptomatologischen Betrachtung pathogenetische Untersuchungsbefunde folgen und sich im nächsten Schritt die Resultate der Untersuchung zu motivationalen Prozessen und zur Motivstruktur anschließen.

II.4.1. Allgemeine Betrachtung zum Symptomwandel

Die Suizidhandlung erscheint symptomatologisch so prägnant, daß der begleitenden Symptomatik eines Patienten häufig wenig Beachtung und

Bedeutung zuerkannt wird. Sie dient nur allzu oft der Verifikation der Hypothese, daß Suizidalität Folge eines depressiven Geschehens im Rahmen einer Neurose oder Psychose sei.
Nur in wenigen Untersuchungen wird der Versuch unternommen, die begleitende Symptomatik zum Ausgangspunkt ätiologisch differenter Überlegungen zu machen und die Suizidhandlung als unspezifisches Symptom einer Störung zu betrachten (OTTO 1964, 1965; REMSCHMIDT 1978; SCHMITZ 1980; HOBROCKER 1982; KUDA 1982).
Bei der Betrachtung zur begleitenden Symptomatik von Suizidpatienten muß man sich einen Überblick über die allgemeine Symptomhäufigkeit und den Symptomwandel innerhalb des Einzugsgebietes, aus dem die Untersuchungsgruppe entstammt, verschaffen. Der epochale Wandel der Symptomatik und deren veränderte Häufigkeit ist vielfach beschrieben worden (BONDY 1956; BLECKMANN 1962; FREDERKING 1975; NISSEN 1976; REMSCHMIDT et al. 1978). Insbesondere unter nosologischer Betrachtung erscheint es notwendig, den Symptomwandel innerhalb einer Population, der die Patienten entstammen, zu betrachten, die Wandlungstrends zu berücksichtigen und deutlich werden zu lassen.

Bei dem Vergleich zweier von Alter und Geschlecht her parallelisierter Patientengruppen (n = 100), die aus den Poliklinikjahrgängen 1955 bis 1959 und 1975 bis 1979 entstammten und als repräsentativ für das Patientengut der kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik der Universität Kiel gelten können, zeigte sich eine signifikante Zunahme der Symptome "Passivitätshaltung", "Kopf- und Magenschmerzen", "aggressive Durchbrüche", hingegen "Erziehungsschwierigkeiten" und "Enuresis - Enkopresis" deutlich abgenommen haben.

Allgemeiner Symptomwechsel

Sympt.-Nr. d.L.[+)]	Symptom	N 55-59	N 75-79	Sign.-Niv.
3	Passivitätshaltungen	12	29	1%
24/25	Kopf- und Magenschmerzen	12	43	0,1%
15/16/17	Erziehungsschwierigkeiten	52	32	1%
33	Aggressive Durchbrüche	12	38	1%
53/54/69	Enuresis,Enkopresis	57	27	1%

Tabelle 6 : Vergleich der Symptomhäufigkeit zweier Patientengruppen aus den Jahren 1955-1959 und 1975-1979;bei den aufgeführten Sympt treten überzufällige Häufungsabweichungen auf.

Im Vergleich dieser beiden Polikliniksjahrgänge wird die "epochale Wandlung der Symptomatik" (BLECKMANN 1962) deutlich. Passivitäts- und Rückzugshaltungen von Kindern und Jugendlichen bedeuten eine Reduktion sowohl erzieherischer Konfrontationen als auch aktiver Auseinandersetzung mit den Objekten im weitesten Sinne. Die Reduktion des Symptoms "Erziehungsschwierigkeiten" wird aber auch durch die allgemeine "erzieherische Rückzugstendenz" (BAACKE 1976) und durch das Prinzip "Non-Frustration" (FROMM 1960) der Eltern und Pädagogen unterstützt.

Passivitätshaltungen und damit "Objektverlust" bedeuten einen "Anstieg von Frustrationsspannungen" (LÖWNAU 1968), die sowohl Passivitätshaltungen im Sinne des Regresses zu intensivieren vermögen wie auch begleitende aggressive Reaktionsmuster provozieren können, wie sie sich in dem Symptom "aggressive Durchbrüche" zeigen, da "die sozial akzeptierten Wege psychophysischer Spannungsentlastung außerordentlich eingeengt" sind (KLÖVER 1965).

+) siehe Anhang, Symptomliste 1 und 2

Ein solcher Symptomwandel, wie er im Vergleich der beiden Jahrgänge deutlich wird, birgt einen weiteren kausalen Betrachtungsaspekt, den der "finalen Tendenz" (BENJAMIN 1930). Die finale Tendenz des kindlichen Symptoms verliert zunehmend an Bedeutung zugunsten der der Erwachsenenwelt entlehnten Symptome mit "Organsprache" (BIERMANN 1961), in denen nur noch eine diffuse Regression in die Krankheit deutlich wird. Dies verifiziert sich in der Zunahme von Kopfschmerzen, Magenschmerzen, tendenziell auch Eßstörungen (anorektische und adipöse Reaktionen), während andere psychosomatische Symptome, Enuresis und Enkopresis, in denen die Komponente "aktiver Propulsion" (DÖHRSSEN 1956) zutage tritt, in der Häufigkeit deutlich abnehmen.

"Rivalisierende Gespanntheit" nennt LÖWNAU (1965) diesen psychodynamischen Zustand zwischen Passivität und explosibler Expansion, dem die finale Orientierung, d.h. Ziel und Objekt, fehlt. In der Kombination dieser Symptome (Passivitätshaltungen und aggressive Durchbruchsreaktionen) kann man mit Recht von einer psychodynamischen Einengung im Sinne RINGELs sprechen, d.h., daß im epochalen Wandel der Symptomatik möglicherweise eine psychische Basis ubiquitärer Störungen transparent wird, aus der Suizidalität zu erwachsen vermag.

II.4.1.1. Suizidbegleitende Symptomatik und deren Häufigkeit

Anhand einer vorgegebenen Symptomliste (s.Anhang, Liste 1) wurde die aktuelle Symptomatik (Halbjahresprävalenz) von 98 jugendlichen Patienten, die einen Suizidversuch unternommen hatten, erfaßt. Die 98 Patienten teilen sich nach Geschlecht in 18 männliche und 80 weibliche Patienten, deren Altersdurchschnitt bei 15;5 (männliche) bzw. 15;7 (weibliche) Jahren lag.
Differenziert man nach Geschlechtern, so ergibt sich bei den Symptomen Nr. 8 (psychische Retardierung), 16 (Diebstahl), 21 (aggressive Durchbrüche) eine deutliche Mehrbelastung männlicher Patienten, wie auch bei den Symptomen Nr. 13 (Erziehungsprobleme) und 3 (Passivitätshaltung). Die weiblichen Patienten zeigten gehäuft Kopfschmerz und eo ipso Amenorrhoe bzw. Dysmenorrhoe.

Tabelle 7 gibt Aufschluß über die Häufigkeit der aktuellen Symptome der Untersuchungsgruppe und kennzeichnet deren prozentualen Anteil differenziert nach Geschlecht.

Die Erfassung von Häufigkeit und Geschlechtsverteilung der Symptomatik suizidaler Patienten allein eröffnet noch keine ätiologischen Interpretationsmöglichkeiten. Dies wird vielmehr erst durch die Aussage "suizidspezifischer Begleitsymptome" möglich und führt somit zu der Fragestellung:"Weisen Suizidpatienten, gemessen an einer klinischen Kontrollgruppe, symptomatologische Abweichungen auf ?"

Aktuelle Symptome der Untersuchungsgruppe

Lfd. Nr.	Sympt.-Nr.	Symptome	N_G	%	N_m	%	N_w	%
1	7	Leistungsversagen	55	56,1	11	61,1	44	55,0
2	30	Stimmungslabilität	54	55,1	8	44,4	46	57,5
3	3	Passivität	48	49,0	12	66,7	36	45,0
4	28	Allgemeine Ängstlichkeit	40	40,8	5	27,8	35	43,8
5	1	Kontaktstörung	39	39,8	6	33,3	33	41,3
6	18	Ge- und Verbotsmißachtung	37	37,8	5	27,8	32	40,0
7	6	Fortlaufen	31	31,6	6	33,3	25	31,3
8	31	Psychische Retardierung	30	30,6	12	66,6	18	22,5
9	19	Nägelkauen	28	28,6	7	38,9	21	26,3
10	8	Kontaktsucht	26	26,5	1	5,6	25	31,3
11	16	Erziehungsprobleme mit der Mutter	23	23,5	2	11,1	21	26,3
12	12	Alkoholabusus	23	23,5	6	33,3	17	21,3
13	17	Erziehungsprobleme mit beiden Eltern	21	21,4	7	38,9	14	17,5
14	24	Kopfschmerzen	20	20,4	-	-	20	25,0
15	32	Offen aggressives Verhalten	19	19,4	4	22,2	15	18,8
16	5	Diebstahl	19	19,4	9	50,0	10	12,5
17	14	Promiskuitives Verhalten	19	19,4	1	5,6	11	13,8
18	9	Eßstörung, Fettsucht	18	18,3	4	22,2	14	17,5
19	23	Durchschlafstörung	17	17,4	2	11,1	15	18,8
20	22	Einschlafstörung	15	15,3	2	11,1	13	16,3

Lfd. Nr.	Sympt.-Nr.	Symptom	N_G	%	N_m	%	N_w	%
21	33	Aggressive Durchbrüche	14	14,3	6	33,3	8	10,0
22	38	Weinerlichkeit	14	14,3	2	11,1	12	15,0
23	10	Eßstörung, Magersucht	14	14,3	3	16,7	11	13,8
24	4	Lügen	13	13,3	2	11,1	11	13,8
25	26	Pavorzustände	13	13,3	2	11,1	11	13,8
26	2	Schulschwänzen	12	12,2	1	5,6	11	13,8
27	29	Phobische Reaktionen	11	11,2	1	5,6	10	12,5
28	11	Amenorrhoe/Dysmenorrhoe	9	9,2	-	-	9	11,3
29	39	Grübelsucht	9	9,2	2	11,1	7	8,8
30	34	Funktionelle Störungen der Muskulatur	7	7,1	1	5,6	6	7,5
31	35	Tic	7	7,1	3	16,7	4	5,0
32	25	Magenschmerzen	7	7,1	2	11,1	5	6,3
33	13	Drogenabusus	6	6,1	1	5,6	5	6,3
34	27	Dunkelangst	6	6,1	1	5,6	5	6,3
35	37	Zwangssymptome	5	5,1	-	-	5	6,3
36	21	Jactatio	4	4,1	-	-	4	5,0
37	15	Erziehungsprobleme mit dem Vater	2	2,0	-	-	2	2,5
38	20	Exzessive Onanie	2	2,0	1	5,6	1	1,3
39	36	Sprachstörungen	2	2,0	-	-	2	2,5

Tabelle 7 : Rangreihe der Häufigkeit aktueller Symptome der Untersuchungsgruppe. Gesamthäufigkeit und Trennung nach Geschlecht und prozentualer Häufigkeit. (Gesamt N = 98, Männl.Pat. N = 18, weibl.Pat. N = 80; N_G = Anzahl der Gesamtgruppe, N_m = männl.Pat., N_w = weibl.Pat.)

II.4.1.2. Suizidspezifische Symptome

Zur Beantwortung der obigen Fragestellung wurden die 98 Patienten mit einem Suizidversuch mit einer nach Alter und Geschlecht parallelisierten klinischen Kontrollgruppe verglichen, die andere Störungen als einen Suizidversuch aufwiesen. Das Ergebnis dieses Vergleichs zeigt Tabelle 8 . Die Symptome, die am häufigsten bei Suizidpatienten auftreten, sind auch diejenigen, die sie am deutlichsten von anderen klinischen Störungsbildern unterscheiden (s. auch Tab.7). Die Gesamtheit der Gruppe suizidaler Patienten ist durch Ausweichverhalten (Passivität, Fortlaufen, Alkohol-, Drogenabusus, promiskuitäres Verhalten, Kontaktsucht) sowie Stimmungslabilität und Schlafstörungen gekennzeichnet. Dieses als "Fluchtsyndrom" zu kennzeichnende Symptomgefüge bestätigt sich auch in einer Untersuchung zur Symptomatik suizidaler Studenten von KUDA und KUDA-EBERT (1975/76 und 1978/79). Es scheint also einen bedeutsamen Zusammenhang zwischen den obengenannten Symptomen und Suizidalität zu geben.

Diese generalisierende, von einem Syndrom ausgehende Betrachtungsweise legt es nahe, den Suizidversuch als nosologische Entität anzunehmen. Diese Annahme, die auf einer ausschließlich symptomatologischen Betrachtungsebene fußt, ist bei differenzierender Einzelfallbetrachtung nicht aufrecht zu erhalten.
Eine Clusteranalyse für die Symptomatik der 98 Patienten legt die Notwendigkeit differenzierender symptomatologischer und diagnostischer Betrachtungen nahe.
Aus der Clusteranalyse resultieren 11 Cluster sinnvoller Objektklassen, die sich im einzelnen wie folgt beschreiben lassen:

Cl. 1 : Patienten mit einer vorwiegend depressiven Symptomatik
N = 32

Cl. 2 : Patienten mit prävalierendem Leistungsversagen, Beziehungsstörungen und Erziehungsproblemen
N = 29

Symptomdifferenzen

Sympt.Nr.	Symptom	N_{SV}	N_{KK}	Sign.-Niv.
3	Passivitätshaltungen	48	19	0,1%
6	Fortlaufen	31	14	1 %
7	Leistungsversagen	55	33	1 %
8	Kontaktsucht	26	1	0,1%
12/13	Alkohol-, Drogenabusus	29	7	0,1%
14	Promiskuitäres Verhalten	19	3	0,1%
22/23	Schlafstörungen	32	16	1 %
28	Allgemeine Ängstlichkeit	40	26	5 %
30	Stimmungslabilität	54	8	0,1%
37/39	Anankastisches Verhalten	13	36	0,1%
15-18	Erziehungsprobleme	53	41	10 %
22-25	Psychosomatische Symptome	39	28	10 %

Tabelle 8 : Signifikante Abweichung der Symptomhäufigkeiten zwischen der Versuchsgruppe und klinischer Kontrollgruppe.

N_{SV} = Anzahl der Patienten mit Suizidversuch

N_{KK} = Anzahl der Patienten der klinischen Kontrollgruppe

Cl. 3 : Patienten mit einer Verwahrlosungsproblematik, insbesondere Drogen-Alkoholabusus und Leistungsversagen
N = 5

Cl. 4 : Patienten mit einem Verwahrlosungssyndrom, prävalierend Diebstahl, Promiskuität
N = 9

Cl. 5 : Patienten mit einer Verwahrlosungssymptomatik und evaluierend aggressiven Symptomen
N = 5

Cl. 6 : Patienten mit diffusem Symptombild, aber gehäuft psychosomatischen Symptomen
N = 3

Cl. 7 : Patienten mit evaluierend psychosomatischen Beschwerden
N = 5

Cl. 8 : Patienten mit Konversions- und Angstsymptomatik
N = 3

Cl. 9 : Patienten mit nur Angstsymptomen
N = 3

Cl.10 : Patienten mit Angstsymptomen und Stimmungslabilität
N = 2

Cl.11 : Patienten mit prävalierenden Kontaktstörungen
N = 2

Unter diagnostischen Gesichtspunkten lassen sich diese 11 Cluster in folgende Diagnosegruppen einordnen:

Diagnosegruppe 1 : Depressive Patienten
N = 32 (Cl. 1)

Diagnosegruppe 2 : Patienten mit krisenhaftem Adoleszenzverlauf
N = 29 (Cl. 2)

Diagnosegruppe 3 : Verwahrloste Patienten
N = 19 (Cl. 3,4,5)

Diagnosegruppe 4 : Patienten mit psychosomatischen Störungen
N = 8 (Cl. 6,7)

Diagnosegruppe 5 : Patienten mit hysterischer Symptomatik
N = 8 (Cl. 8,9,10)
Diagnosegruppe 6 : Restkategorie, Patienten mit prävalierenden Kontaktstörungen
N = 2 (Cl. 11)

Bei der symptomatologischen Betrachtung fällt auf, daß Patienten, die einen Suizidversuch unternommen haben, sich in ihrer begleitenden Symptomatik von Patienten mit anderen klinischen Störungsbildern vor allem durch ein sogenanntes "Fluchtsyndrom" abgrenzen. Sie sind als Gruppe weniger als andere aktiv zielorientiert, neigen stärker zur Realitätsflucht und weisen kaum stabile Beziehungsmuster auf, sondern neigen zu flüchtigen Kontakten, aus denen ihnen Rückzug und Distanz möglich ist. Dieser Verlust von Objekten im weitesten Sinne, die Neigung der Patienten zur Flucht "von,weg" mag als ein Basisverhalten gelten, das in Krisensituationen aktualisiert wird. Dieses generelle Verhaltensmuster ist nicht Folge einer spezifischen neurotischen Entwicklung, insbesondere nicht nur einer depressiven Genese, sondern kann in ätiologisch differenten Störungsbildern auftreten, wie es die clusteranalytische Symptomdifferenzierung mit entsprechenden diagnostischen Kategorien nahelegt.

Die Annahme, daß die Suizidhandlung ebenso im Gefüge anderer als depressiver Störungsbilder auftritt, wird von mehreren Autoren unterstrichen (OTTO 1965; SHNEIDMAN 1976; BRON 1976; WEKSTEIN 1979; REMSCHMIDT 1978 und 1982). Vor allem OTTO und REMSCHMIDT verweisen auf infantile und hysterische Persönlichkeiten, auf "Identitätsprobleme und phasenspezifische Konflikte" (REMSCHMIDT 1982), die das psychodynamische Basisgeschehen bilden, das Einstellungsmuster abgeben, aus dem heraus die Suizidtat motiviert wird.

II.4.2. Untersuchungsbefunde zur Psychopathogenese

II.4.2.1. Allgemeine soziale Determinanten der Untersuchungsgruppe Motivation-Motiv

Die Patienten Nr. 59 bis 99 der Untersuchungsgruppe zur Symptomatik wurden zusätzlich mit einem "Fragebogen für Jugendliche" zur Erfassung der Motivation und Motive untersucht. Die Daten der Patientin Nr. 99 konnten wegen des mangelnden Sprachverständnisses und der daraus resultierenden Fehlinterpretation der Fragen und zum Teil sinnlosen Antworten nicht in die Untersuchung einbezogen werden.
Die 40 Patienten der Untersuchungsgruppe Motivation, Motiv teilen sich in 31 weibliche und 9 männliche Jugendliche im Alter von 14;0 bis einschließlich 17;11 Jahren. Das Geschlechterverhältnis entspricht einer Relation von 3,4 : 1. Damit ist der Anteil männlicher Suizidenten etwas höher als in der Untersuchungsgruppe S (Symptomatik), bei der die Relation 4,4 : 1 war und auch zur allgemein angenommenen Relation von 4-6 : 1, d.h. weiblich zu männlich. Diese leichte Verschiebung der Geschlechterrelation erscheint unter motivationspsychologischen Betrachtungen aber nicht als bedeutsam. Eine leichte Abweichung von der Untersuchungsgruppe zeigt sich auch in der Altersverteilung. Das Durchschnittsalter der weiblichen Jugendlichen beträgt in der Untersuchungsgruppe M (Motivation) 16;2 Jahre, das der Jungen 15; 1 Jahre. In der Untersuchungsgruppe S war es 15;7 bzw. 15;5. Diese Differenz sollte jedoch hinsichtlich der zu untersuchenden Merkmale ebenfalls unerheblich sein.

Unter dem Betrachtungsaspekt des Ausbildungsstatus stellen sich die 40 untersuchten Patienten wie folgt dar:

- 1 Patient besucht die Sonderschule (2,5%)
- 11 Patienten eine Hauptschule (27,5%)
- 9 Patienten eine Mittelschule (22,5%)
- 9 Patienten eine Oberschule (22,5%)
- 3 Patienten waren im Berufsgrundbildungsjahr (7,5%), davon hatten
  - 2 einen Sonderschulabschluß und
  - 1 Patient den Abschluß der 9.Klasse Mittelschule

2 Patienten waren arbeitslos mit Hauptschulabschluß (5%)
5 Patienten waren Auszubildende (12,5%), davon hatten
1 Patient einen Hauptschulabschluß
4 Patienten einen Mittelschulabschluß

Diese Verteilung auf Schul- und Ausbildungsarten entspricht weitestgehend der prozentualen Verteilung der Schüler und Auszubildenden in Schleswig-Holstein gemessen am Jahrgang 1978/79. Von diesem Jahrgang waren 5% Sonderschüler, 24,5% Hauptschüler und 20% Mittelschüler, 21,7% Oberschüler, 22,6% Auszubildende, 1,2% im Berufsgrundbildungsjahr und 5% der Jugendlichen waren arbeitslos (Statistikquelle 5).

In gleicher Weise unauffällig ist die Geschwisterposition der untersuchten Patienten bzw. der Anteil der Einzelkinder an der Untersuchungsgruppe.

9 Patienten sind Einzelkinder
31 Patienten wuchsen mit Geschwistern auf, von ihnen waren
13 Erstgeborene
7 die Zweitgeborenen
4 die Drittgeborenen
3 die Viertgeborenen und
2 die fünftgeborenen Kinder

Durchschnittlich hat jeder Patient 1,75 Geschwister, das entspricht dem bundesdeutschen Durchschnitt, bezieht man die Familien ausländischer Arbeitnehmer mit ein.

Als relevante pathogenetische Dispositionsfaktoren sind die bisher genannten sozialen Determinanten nicht zu werten.

II.4.2.2. Familiäre Situation

Die familiäre Situation der 40 Patienten der Untersuchungsgruppe M stellt sich wie folgt dar:

Zur Zeit ihrer suizidalen Handlung lebten von den
40 Patienten

21 bei ihren leiblichen Eltern

8 hatten einen Stiefelternteil

7 einen Stiefvater

1 eine Stiefmutter

11 Patienten lebten in folgenden familiären oder sie substituierenden Rahmenbedingungen

8 Patienten lebten allein mit der Mutter (durchschnittlich seit 4,2 Jahren, Maximum 15 Jahre, Minimum 0,5 Jahre)

6 dieser Jugendlichen hatten eine Scheidung der Eltern erfahren

1 Patient verlor den Vater durch malignes Karzinom

1 Patient wurde unehelich geboren, und die Mutter blieb unverheiratet

3 Patienten lebten von den Eltern getrennt

2 davon seit mehreren Jahren bei älteren Geschwistern wegen des chronischen Alkoholabusus der Eltern und

1 Patient lebt seit 6 Jahren im Heim, da der Mutter wegen Alkoholabusus und Prostitution das Personensorgerecht entzogen worden war.

Bei 29 der 40 Patienten darf man von einer nach außen intakten Familie sprechen, in denen die Jugendlichen zu Hause waren, und bei 27,5%, in 11 Fällen, muß man das familiäre Milieu als "broken-home-Situation" bezeichnen. Wie wenig berechtigt eine solche Fassadenbetrachtung ist, ersieht man an den Ergebnissen zur Einschätzung der ehelichen Situation der Eltern durch die Patienten.

Von den 29 Patienten, die nach außen in sogenannten intakten Familien lebten (21 bei leiblichen Eltern und 8 bei je einem Stiefelternteil),
beurteilten 11 Jugendliche die Ehe ihrer Eltern als harmonisch ausgewogen,
11 andere die Ehe der Eltern als wechselnd-ausgeglichen, und
7 Jugendliche schätzten die elterliche Ehe als ausgesprochen schlecht, zerrüttet ein.

Differenziert man nach Ehe leiblicher Eltern und Ehe mit Stiefelternteil, stellt sich das eheliche Verhältnis, durch die Patienten eingeschätzt, wie folgt dar:

Die Ehe der leiblichen Eltern wird in
10 Fällen als harmonisch betrachtet, in
8 Fällen als wechselnd ausgeglichen und in
3 Fällen als ausgesprochen schlecht erlebt.
= 21 Patienten

Die Ehe mit einem Stiefelternteil wird in
1 Fall als harmonisch, in
3 Fällen als wechselnd ausgeglichen und in
4 Fällen als ausgesprochen schlecht dargestellt
= 8 Patienten

Daraus folgt, daß 7 von 29 Ehen sogenannte "zerrüttete Ehen" sind (nahezu jede 4. Ehe) und daß dieses Faktum als Hintergrund der Kind-Eltern-Interaktion und des familiären Klimas zu berücksichtigen ist.

II.4.2.3. Das Verhältnis zur Haupterziehungsperson

Als Haupterziehungsperson wird von
30 Patienten die Mutter
4 Patienten der Vater
3 Patienten beide Eltern
2 Patienten ältere Geschwister und
1 Patient Heimerzieher als Haupterziehungsperson
angegeben.
= 40 Patienten

Dabei wird das Verhältnis zur Mutter als Haupterziehungsperson in
8 Fällen als positiv erlebt, in
9 Fällen als ambivalent und in
13 Fällen als ausgesprochen negativ
= 30 Patienten

Drei Patienten geben beide Eltern gleichermaßen als erziehungsrelevant an und erleben das Verhältnis zu ihnen

1 x als positiv
1 x als ambivalent } = 3 Patienten
1 x als negativ

Das Verhältnis zum Vater als Haupterziehungsperson wird

2 x positiv
1 x ambivalent und } = 4 Patienten
1 x negativ bewertet

Die Beziehung zu den Geschwistern als Haupterziehungsperson wird

1 x als positiv
1 x als negativ erlebt } = 2 Patienten

1 Patientin in der Heimerziehung betrachtete ihr Verhältnis zu den Erziehern als ausgesprochen negativ.

Faßt man diese Resultate zusammen, so ergibt sich folgende Aufteilung:

12 Patienten erleben ihr Verhältnis zur Haupterziehungsperson als positiv
11 Patienten als ambivalent
17 Patienten sehen ihr Verhältnis zur Haupterziehungsperson als ausgesprochen negativ an.

Diese 17 Patienten, die ihr Verhältnis zur Haupterziehungsperson als ausgesprochen negativ darstellen, entstammen in 14 Fällen aus zerrütteten Ehen oder aus "broken-home-Situationen". Nur einer dieser Patienten erlebte die Ehe seiner Eltern als ausgesprochen harmonisch. Die zwei anderen jugendlichen Suizidenten entstammen aus wechselnd ausgeglichenen Ehen. Leitet man daraus her, daß die eheliche Situation ein Dispositionsfaktor für das die adoleszente Ambivalenz übersteigende Maß konflikthafter

Eltern-Kind-Beziehung ist, so zeigt sich dies auch unter einem anderen Betrachtungsaspekt.
In ihren Antworten zu der späteren Fragestellung der auslösenden Idee geben wiederum 18 andere Patienten an, daß ein offener oder latenter Konflikt zu einem der beiden Elternteile die suizidale Handlung mit auslöste oder der allein innovierende Faktor war. 13 dieser Jugendlichen, die den Eltern-Kind-Konflikt als auslösenden Faktor benennen, entstammen aus jenen obengenannten zerrütteten ehelichen Situationen oder einem "broken-home-Milieu" und nur 3 Jugendliche aus harmonischen Ehen.

Andererseits ist eine positiv erlebte Elternehe kein die suizidale Handlung verhinderndes Moment. Die Arbeiten von STIERLIN und RICHTER belegen die Notwendigkeit differenzierter Betrachtungen intrafamiliärer affektiver Bindungen. Dennoch wird aus den obengenannten Resultaten deutlich, daß die instabile eheliche Situation häufig im Vorfeld jugendlicher Suizidpatienten zu finden ist und somit disponierenden Charakter haben kann.
Zu ganz ähnlichen Ergebnissen kommt REMSCHMIDT (1978). In seiner Untersuchungsgruppe (N = 157) entstammt ein Drittel der Patienten aus einer "broken-home-Situation".

II.4.2.4. Verhältnis zu den jeweiligen Elternteilen

Betrachtet man das Eltern-Kind-Verhältnis unabhängig von der Funktion des Elternteiles, als Haupterziehungsperson oder nicht, von jenen 18 Patienten, die mit nur einem Elternteil leben oder aus zerrütteten Ehen stammen (11 Patienten leben mit einem Elternteil bzw. ohne Eltern und 7 in zerrütteten Ehen), verifiziert sich die Valenz der elterlichen Ehe für die "Güte der Dualbeziehungen".

Die Mutter-Kind-Beziehung wird in
9 der 18 Fälle außerordentlich negativ erlebt (50%); in
7 Fällen (39%) liegt ein ambivalentes Verhältnis zur Mutter vor und nur in
2 Fällen (11%) ein positives Verhältnis zur Mutter.

14 dieser 18 Patienten (77%) erleben ihr Verhältnis zum Vater als ausgesprochen negativ (das Verhältnis zum Vater sollte unabhängig davon, ob er in der Familie lebt oder getrennt vom Patienten, mit bewertet werden).
1 Patient hat ein ambivalentes Verhältnis zum Vater und nur
3 Patienten erleben die Interaktion mit dem Vater als positiv.

Eine weitaus geringere Belastung des Eltern-Kind-Verhältnisses offenbart sich bei stabiler ehelicher Situation.
22 der jugendlichen Suizidenten haben die Ehe ihrer Eltern als wechselnd ausgewogen oder aber harmonisch betrachtet.Von ihnen weisen nur
7 (30,5%) ein negatives Verhältnis zur Mutter auf und
8 (36%) ein negatives Verhältnis zum Vater
3 Patienten weisen zu beiden Eltern gleichermaßen spannungsreiche Beziehungen auf (13,5%).Dies im Gegensatz zur "broken-home-Gruppe", dort sind es 8 der 18 Patienten (44%).

Die eheliche Situation der Eltern scheint Anzahl und Intensität der Konflikte und Auseinandersetzungen zwischen Eltern und Kindern mitzubedingen. Der Grad der emotionalen Belastung der Eltern-Kind-Beziehung ist aber nicht allein von den nach außen instabilen ehelichen Situationen abhängig. Denn jene Gruppe von Jugendlichen, die vor dem Hintergrund stabiler Elternehen einen Suizidversuch unternommen haben, weist mit 13 von 22 Fällen (59%) ebenfalls die Eltern-Kind-Beziehung als eine überdurchschnittlich starke Problembelastung aus, wenn auch nicht in einem ähnlich hohen Maße wie die Jugendlichen, die aus einer "broken-home-Situation" stammen. Von diesen 18 Jugendlichen sind es 14, die die Beziehung zu den Eltern als überdurchschnittliche Problembelastung benennen (78%).
Teilt man die Patienten der Gesamtuntersuchungsgruppe in zwei Untergruppen gemäß der ehelichen Situation der Eltern, so zeigen sich auch in anderen Bereichen deutliche Differenzen zwischen diesen beiden Untergruppen, jener mit instabiler ehelicher Situation bzw. "broken-home-Milieu" und jener mit stabiler ehelicher Elternsituation.

II.4.2.5. Außerfamiliäre Beziehungen

Die Untersuchung der Freundschaftsbeziehungen und Gruppenintegration der Patienten auf den jeweiligen unterschiedlichen Altersstufen zeigt folgende Ergebnisse: Zur Freundschaftsbeziehung fällt auf, daß
18 von 40 Patienten (45% [illegible] bis zum Alter von 8 Jahren keine Freundschaften aufweisen hatten,
13 von ihnen (32,5%) bis zum Alter von 14 Jahren keine Freundschaften aufweisen und
9 Patienten (22,5%) ab 14 Jahren keine Zweierbeziehungen hatten.

Der Großteil der Patienten, die in den jeweiligen Altersstufen keine sozialen Zweier- oder Mehrpersonenbeziehungen aufweisen, gehört zur Gruppe der sogenannten "broken-home-Situation". In der Gruppe dieser 18 Patienten weisen im Alter bis zu 8 Jahren 10 keine Freundschaften auf (55,5%). Im Alter bis zu 14 Jahren sind es 7 von 13 (53%), und im Alter ab 14 Jahren sind es 7 von 9 (78%). Dies bedeutet, daß insbesondere Jugendliche, die keine freundschaftlichen Beziehungen im Rahmen ihrer Adoleszenzentwicklung haben, in der Vorgeschichte u.a. gestörte [illegible] aufweisen. Ganz allgemein muß man [illegible] Patienten mit Störungen der Dualbeziehung und Gruppenintegration gehäuft in ihrer Vorgeschichte instabile eheliche Situationen der Eltern aufweisen.

Betrachtet man die Zugehörigkeit zu Vereinen und formellen Gruppen, stellt sich der Unterschied von Kindern aus intakten Familien im Gegensatz zu jenen aus der "broken-home-Situation" [illegible] dar.

Insgesamt sind von den 40 Patienten im Alter bis zu 8 Jahren nur 11 in Vereinen oder festen Gruppen, im Alter bis zu 14 Jahren sind dies 20 Patienten und ab 14 Jahren, also mit Beginn der [illegible] Adoleszenz nimmt die Zahl der in Vereinen oder formellen Gruppen integrierten Patienten mit 17 wieder leicht ab.
In der Latenzzeit und [illegible] Adoleszenz ist der Anteil der in Vereinen und Gruppen integrierten sogenannten "broken-home-Jugendlichen" tendenziell größer als jener aus intakten Familien. Erst im Alter ab

14 Jahren zeigt sich eine leicht gegenläufige Tendenz, denn von den 23 nicht in Vereinen oder Gruppen integrierten Jugendlichen entstammen 12 (52%) statt der zu erwartenden 45% aus dem "broken-home-Milieu".

Zusammenfassend kann man unterstreichen, daß instabile eheliche Verhältnisse der Eltern und damit instabile Eltern-Kind-Beziehungen tendenziell ebensolche instabilen oder fehlenden außerfamiliären Einbindungen des Kindes und des Jugendlichen nach sich ziehen.

II.4.2.6. "Broken-home" als Dispositionsfaktor

Die "broken-home-Situation", die sich bei den Patienten der Untersuchungsgruppe in drei Kategorien teilen läßt,
a) Leben mit nur einem Elternteil
b) Leben in zerrütteten Ehen
c) Verlust der Eltern-Kind-Beziehung,
ist in der Literatur ein häufig genannter Faktor für "einen irreparablen Schaden" (STOBER 1980). Unabhängig von der Qualität der Störung wird hervorgehoben, daß der Grad der Verhaltensstörung umso stärker ausgeprägt sei, je "problembelasteter die elterlichen Beziehungen waren" (STOBER 1980). Die emotionale Verflechtung zwischen Kind und Elternteil wird in der "broken-home-Situation" für das Kind schwer erträglich.
"Broken-home" als ätiologisch eindeutig determinierender Faktor für die Qualität der Störung wird aber nicht beschrieben. ZIESE (1968) verweist darauf, daß "broken-home" die "Entstehung heteroaggressiver Tendenzen" begünstigt. "Broken-home" als Dispositionsfaktor, der "eher indirekt über andere Bedingungsfaktoren z.B. die Vielzahl der Symptome" wirkt, ist von KUDA und KUDA-EBERT (1982) beschrieben worden. BIENER et al. benennen "als Hauptursache für Selbstmorde Jugendlicher eine schlechte Ehe der Eltern, fehlende Nestwärme in den Kinderjahren und Generationskonflikte" (BIENER 1981).
Die mittelbare Bedeutung des "broken-home" für die Suizidalität unterstreicht FREDERKING 1975 in einer Untersuchung über die Bedingungen von Verhaltensstörungen, wenn er betont, daß insbesondere "der Einfluß der

'nervösen Mutter' stärker ist" als andere soziale Determinanten.
Die nervöse Mutter provoziert nach FREDERKING bei Töchtern vor allem: "Passive Symptome und Furcht und Angst", bei Söhnen: "antisoziale aggressive Verhaltensweisen" (FREDERKING 1975).
Das symptomatologische Bindeglied, allgemeine Ängstlichkeit, das bei suizidalen Jugendlichen, wie die Untersuchung zu den suizidspezifischen Symptomen gezeigt hat, häufiger als bei anderen klinisch auffälligen Jugendlichen auftritt, wird von RYNEARSON (1981) als Basissymptom der Suizidalität gedeutet, als Einstellungsmuster. RYNEARSON betont, daß Ängstlichkeit Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung nach sich ziehe, die die zentrale kognitive Problematik - "cognitive dilemma" - des Suizidenten seien.

Der Verlust eines Elternteiles durch Scheidung, Trennung oder Tod wird allgemein in der Literatur nicht so eindeutig wie das "broken-home" in seiner Wirkung auf Suizidalität beurteilt. Die mittelbar zu nennende Wirkung des Verlustes eines Elternteiles wird ganz unterschiedlich bewertet:"Die meisten Arbeiten heben hervor, daß väterliche Abwesenheit die stärksten Folgen hat" (STOBER 1980). Im Gegensatz dazu:"Söhne, die kürzlich ihre Mutter verloren hatten, erscheinen als eine besondere Risikogruppe für Suizid" (BUNCH et al. 1971).
Pauschalierende Betrachtungen, nach denen "inkompletten oder gestörten Familien" eine eindeutig determinierende Valenz zukommt - bei "Kurzschlußreaktionen handelt es sich meist um Jugendliche aus gestörten oder inkompletten Familien" (LANGEN 1977) -,kommen zu vorschnellen Urteilen. REMSCHMIDT's Forderung, daß das "Kindeswohl" ein "Aufwachsen in einer Familie oder familienähnlichen Gemeinschaft mit Möglichkeit zu affektiven Bindungen oder Identifikation sowie der Sicherung der materiellen Situation" (REMSCHMIDT 1978) erfordert, unterstreicht die Behauptung von JACOBS, wenn er sagt:"Nicht der Verlust der Eltern während der Kindheit als solcher schafft die Prädisposition für Depressionen und Selbstmord im späteren Leben, der Verlust eines Liebesobjektes ist ein wichtiger Aspekt des Prozesses, aber er muß als ein Teil eines Prozesses angesehen werden. Zudem hat es den Anschein, als sei nicht der Verlust des Liebesobjektes als solcher so schmerzlich, sondern der Verlust der Liebe, d.h. die gegenseitige Nähe, Unbefangenheit und enge Verbundenheit" (JACOBS 1974).

Die "broken-home-Situation" ist eine von mehreren disponierenden, pathogenen Entwicklungsbedingungen und kann, wie auch andere Entwicklungsfaktoren, zum "Fluchtsyndrom" jugendlicher Suizidenten beitragen, zu einem Einstellungsmuster, aus dem heraus über den Motivationsprozeß Suizidalität zur Zielvorstellung heranwächst. Ein solches Einstellungsmuster, Bewertungsdisposition, drückt sich dann, basierend auf der allgemeinen Ängstlichkeit eines Jugendlichen, in Kognitionen aus wie: "Ich bin ein Verlierer und ein Versager und kann nichts erreichen. Ich bin allein und keiner hilft mir. In Zukunft wird alles noch schlimmer werden."

II.4.3. Untersuchungsergebnisse zur Problemanalyse

"Zunehmende Adpatationsunfähigkeit" (JACOBS 1974), "die psychodynamische situative Einengung" (RINGEL 1965), der motivationale Prozeß beginnen, auf dem Einstellungsmuster aufbauend, in den Problembereichen der Suizidenten. Die Problembereiche und deren Schweregrad sollten erfaßt und strukturiert werden. In dem Fragebogen waren 18, empirisch aus den Explorationen mit Suizidpatienten hergeleitete, häufig auftretende Problembereiche vorgegeben, die die Patienten je nach dem individuellen Erlebnis des Schweregrades des Problems, in Schulnoten ausgedrückt, klassifizieren sollten. "1" bedeutete "kein Problem", "6" bedeutete "ein äußerst schweres Problem".

Relativiert man die Einschätzungswerte in Bezug auf die Häufigkeit der Nennungen, nicht alle Problembereiche waren für jeden Patienten relevant, für Schüler z.B. nicht der Problembereich "Ausbilder" oder für Einzelkinder der Problembereich "Geschwister", so ergibt sich folgende Rangreihe vom Schweregrad der Belastungen über die gesamte Untersuchungsgruppe:

Problembereich und durchschnittliche Bewertung

Problembereich	Durchschnittlicher Schweregrad
1. Mutter	3,575
2. traurig sein	3,432
3. verstehen	3,153
4. Vater	3,150
5. Schulleistungen	2,897
6. Ängstlichkeit	2,846
7. Anderssein	2,775
8. Freund/Freundin	2,743
9. Geschwister	2,741
10. Beruf	2,583
11. Lehrer	2,538
12. Aussehen	2,473
13. Lustlosigkeit	2,447
14. Anschluß	2,333
15. Clique	2,225
16. Gesundheit	2,216
17. Ausbilder	2,058
18 Drogen	2,052

Tabelle 9 : Rangreihe der Problembereiche nach Schweregrad über die gesamte Untersuchungsgruppe

Diese Reihung vom Schweregrad her läßt deutlich Schwerpunktsetzungen für die Problembereiche jugendlicher Suizidenten erkennen.

1. Die adoleszente Ablösungsproblematik vor allem von der Mutter, die bivalent als Haupterziehungsperson und primärer familiärer Bindungspartner erlebt wird.

2. Die adoleszente Identität als nächster Schwerpunkt, für den die Problembereiche "traurig sein", "verstehen", "Ängstlichkeit" und "Anderssein" stehen. Diese Problembereiche, die sich symptomatologisch als Stimmungslabilität, Passivitätshaltungen und Ängstlichkeit mit den Konsekutivsymptomen Leistungsversagen, Kontaktstörung manifestieren, scheinen für jugendliche Suizidenten unter symptomatologischen Aspekten von zentralerer Bedeutung als bei anderen klinischen Störungsbildern zu sein. Sie sind Ausdruck der Konfliktbeladenheit in der adoleszenten Identitätsentwicklung und der Gewinnung eines "pubertären Selbstkonzeptes" (SCHMITZ 1980), zu dem auch Verselbständigung und Ablösung von den Eltern gehören.
3. Der dritte Bereich ist durch die Probleme "Schulleistungen", "Beruf", "Lehrer" charakterisiert.

Ein viertes Problem offenbart sich im Kontaktverhalten jugendlicher Suizidenten mit Problembereichen "Anschluß", "Clique". Diese relativ nachgeordnete Bedeutung des Problemfeldes mag überraschen, wenn man das Ergebnis der Fragestellung der "außerfamiliären Beziehungen" betrachtet, demgemäß 23 der 40 Patienten keine Einbindung in formelle Gruppen aufweisen.

Bei diesem Resultat ist jedoch zu berücksichtigen, daß der Adoleszente institutionale Rahmenbedingungen zugunsten einer unverbindlichen sozialen Mehrpersonenbeziehung meidet. Dies geschieht infolge seines konflikthaften Selbsterlebens, seiner Ängstlichkeit, des Gefühls, nicht verstanden zu werden, anders zu sein und seines Mißtrauens gegenüber dem eigenen Aussehen. Diese Erlebnisweisen hindern ihn an einer konstanten, regelhaften Sozialbeziehung ebenso wie dies durch die Verselbständigungstendenz im Autoritätsprotest gegenüber Institutionen geschieht.
Die nur zweitweise, unverbindliche Annäherung an eine Clique entspricht den adoleszenten Verhaltensmustern. Darüber hinaus sind Dualbeziehungen insbesondere zu heterosexuellen Partnern von größerer Valenz für das adoleszente Selbstkonzept, was sich auch durch den höheren durchschnittlichen Schweregrad dieses Problembereiches belegen läßt.
Von zentraler Bedeutung sind demnach für den jugendlichen Suizidenten sein emotionales und kognitives Selbstkonzept, seine Beziehungen zu den

Eltern, vor allem zu der Mutter und zu Freunden und Freundinnen. Diese Problembereiche der "adoleszenten Individuation" (BLOS 1978) verifizieren sich auch bei einer anderen statistischen Vorgehensweise, in der nicht der durchschnittliche Schweregrad über die gesamte Gruppe für den jeweiligen Problembereich betrachtet wird, sondern die intraindividuell über durchschnittlich belastenden Problembereiche eines jeden Patienten.
Die nach intraindividuellen Problemschwerpunkten erhaltene Rangreihe korreliert mit der Rangreihe nach Schweregraden über die gesamte Untersuchungsgruppe mit r = .97 (SPEARMAN'sche Rangkorrelation).

Rangreihe nach intraindividuellem Schweregrad

Problembereich	Häufigkeit
1. Mutter	16
2. Vater	16
3. traurig sein	13
4. verstehen	11
5. Schulleistungen	11
6. Ängstlichkeit	11
7. Anderssein	10
8. Freund/Freundin	10
9. Aussehen	9
10. Geschwister	8
11. Beruf	7
12. Lehrer	6
13. Lustlosigkeit	6
14. Clique	5
15. Anschluß	5
16. Drogen	4
17. Ausbilder	2
18. Gesundheit	1

Tabelle 10 : Rangreihe der Problembereiche nach Häufigkeit des intraindividuellen überdurchschnittlichen Schweregrades.

Durchschnittlich erlebt sich jeder Patient in 3,75 Problembereichen als intraindividuell überdurchschnittlich belastet.
Bei der Betrachtung der Gesamtgruppe ergeben sich jedoch interindividuell außerordentliche Differenzen sowohl von den Antwortmustern als auch von den Häufigkeiten der Problembereiche her.
In der Gesamtuntersuchungsgruppe ergibt sich ein durchschnittlicher Bewertungsgrad für die Problembereiche von 2,8 (M = 2,8, s = 1,1), d.h. daß die Probleme mediannah eingestuft werden.
Das individuelle Bewertungsverhalten weicht jedoch zum Teil erheblich von dem durchschnittlichen der Gruppe ab. Die Schwankungsbreite der individuell durchschnittlichen Bewertung liegt zwischen 1,2 - ein Patient, der all die für ihn zutreffenden Problembereiche bis auf einen mit "1" bewertete und nur in einem Bereich mit "3" - und 5,2 - ein Patient, der bis auf zwei Problembereiche alle anderen mit "5" bzw. "6" benotete.

Entsprechend dieser unterschiedlichen Antwortmuster kann man zwischen Patienten differenzieren, die tendenziell überdurchschnittlich hohe Noten verteilen und offensichtlich den Schweregrad ihrer Probleme damit betonen. Dies sind 8 Patienten, deren individueller Benotungsdurchschnitt größer als 3,9 ist. Demgegenüber steht ein anderer Teil der Patienten (N = 27), der eine mittlere Benotung aufweist. Der durchschnittliche Bewertungsgrad liegt zwischen 1,7 und 3,9. 5 Patienten wählten einen Bewertungsdurchschnitt, der kleiner als 1,7 ist.

Gewichtet man die einzelnen Problembereiche nach individuellen Antwortmustern und erhält somit die Anzahl der intraindividuell überdurchschnittlichen Problembereiche, so ergeben sich unter diesem Betrachtungsaspekt wiederum drei Untergruppen, die jeweils eine unterschiedliche Anzahl von Problembereichen aufweisen, die als intraindividuell sehr belastend erlebt werden.
Die erste Gruppe, bestehend aus 6 Patienten, weist überdurchschnittlich viele solcher sehr belastend erlebten Problembereiche auf.
Die zweite Gruppe, wiederum 27 Patienten, benennt eine mittlere Zahl von überdurchschnittlich starken Problembereichen,und die dritte Gruppe,

dies sind 7 Patienten, offenbart in ihrer Benotung nur eine unterdurchschnittliche Zahl von intraindividuell überdurchschnittlich belastenden Problembereichen.

Vergleicht man die jeweiligen Extremgruppierungen miteinander, so zeigen sich bei den Patienten zum Teil gegensätzliche Zugehörigkeiten. So weist z.B. ein Patient mit einer interindividuell überdurchschnittlichen Problembelastung eine unterdurchschnittliche Anzahl intraindividuell überdurchschnittlicher Problembelastungen auf. An der Gruppe von Patienten, die eine überdurchschnittliche Anzahl von intraindividuell überdurchschnittlichen Problembelastungen aufweisen, zeigt sich ein weiteres Einstufungs- und Bewertungsmuster, das der Polarisierung. Dies bedeutet, daß affine Probleme extrem stark benotet werden, mit den Noten "5" oder "6", hingegen andere deutlich unterbewertet werden.

Aus dieser differenten statistischen Aufarbeitung der Daten läßt sich herleiten, daß vier unterschiedliche Beantwortungsmuster für diesen Fragenkomplex des Untersuchungsfragebogens vorliegen:

1. Die allgemeine Betonung des Leidens unter schweren und vielen Problemen.
2. Das Kaschieren von Problemen durch die Wahl minimaler Bewertungsnoten.
3. Die extreme Betonung einzelner Problembereiche.
4. Eine vorsichtige, nicht differenzierende Bewertung und Erfassung von Problembereichen.

Aus diesen unterschiedlichen Bewertungsmustern der Problembereiche durch den einzelnen jugendlichen Suizidenten resultiert, daß eine interindividuelle Vergleichbarkeit der Problembelastung nicht möglich ist.

Die adoleszente Individuation, die Auseinandersetzung mit eigenen Emotionen und Werthaltungen sowie die Ablösungsproblematik von den Eltern, hat für das Problemerleben jugendlicher Suizidenten eine zentrale Bedeutung. In einer Untersuchung zur "Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suizidversuch" (HOBRÜCKER,RAMBOW,SCHMITZ 1980) an einer gesonderten Stichprobengruppe konnten wir ganz ähnliche Problem-

strukturen für weibliche jugendliche Suizidenten aufzeigen. In der damaligen Untersuchung wurde auch deutlich, daß jugendliche Suizidenten keine grundsätzlich anderen Problembereiche als eine klinische Kontrollgruppe oder Normalkontrollgruppe aufweisen. Jugendliche Suizidenten weichen in zwei Aspekten von Normalkontrollgruppen ab.

1. Sie erleben sich stärker intrafamiliär belastet als andere Jugendliche.
2. Sie zeigen eine deutlichere Ausprägung des Antwortpatterns, d.h. stärkere Betonung der Belastung des Leidens unter diesen Problemen.

Das Ergebnis der damaligen Untersuchung stützt Resultate der vorliegenden Untersuchung. Einmal unter dem Aspekt der größeren intrafamiliären Belastung - Mutter und Vater werden nach Häufigkeit des intraindividuell überdurchschnittlichen Schweregrades von Problemen als zentrale Problembereiche genannt -, zum anderen offenbart das Antwortverhalten jugendlicher Suizidenten deren geringere Belastbarkeit, was sich symptomatologisch in Ängstlichkeit, Stimmungslabilität, Passivität und allgemeinem Rückzugsverhalten widerspiegelt.

Bezieht man dieses Resultat der geringeren Belastbarkeit in den Betrachtungsaspekt "Einstellungsmuster" mit ein, so wird offenbar, daß das Einstellungsmuster, die Wertungsdisposition jugendlicher Suizidenten durch zwei Dinge akzentuiert ist:

1. Sie erleben sich als schwächer, weniger belastbar, irritierbarer als andere Jugendliche.
2. Sie erleben ihre Konflikte im engen emotionalen Beziehungsfeld der adoleszenten Problematik - Familie - peer-group - stärker und belastender als andere Jugendliche.

In gleicher Weise lassen sich Resultate einer Untersuchung von CERNY (1968) in Prag über die "häufigsten Konflikte und Streßsituationen" bei 870 Jugendlichen, die die "telefonische Beratungsstelle" anriefen, interpretieren. CERNY benennt neben Schwangerschaftsproblemen und unglücklichen Dualbeziehungen vor allem "Minderwertigkeitsgefühle" als die Hauptproblembereiche, aus denen suizidale Handlungen erwachsen.

II.4.4. Reaktionsmuster in Konfliktsituationen

II.4.4.1. Reaktionsmuster der Untersuchungsgruppe

Im Fragebogen waren unter den Fragen 41/42 jeweils 6 unterschiedliche Reaktionsweisen auf 2 emotionale Situationen vorgegeben, die als Folge von Konflikten mit sozialen Bezugspersonen (Vater,Mutter,Geschwister,Freund/Freundin,Clique) und im Leistungsbereich als entstanden angenommen waren. Die Patienten sollten angeben, wie sie gemäß den vorgegebenen Reaktionsweisen bei Frage 41 "Aggressive Verstimmung" und Frage 42 "Depressive Verstimmung" dem jeweiligen Konfliktpartner gegenüber agieren.

Dabei lassen sich folgende Fragestellungen näher untersuchen:

a) Reaktionsweisen suizidaler Jugendlicher auf bestimmte Konfliktpartner als Ausdruck ihres Einstellungsmusters.
b) Interindividuelle Differenzen in den Reaktionsweisen.

Um eine Vergleichbarkeit in den Reaktionsvariablen selbst und in Bezug auf bestimmte Konfliktpartner zu erlangen, wurde den jeweils vorgegebenen Reaktionsweisen im Sinne einer Ordinalskala Zahlen zugeordnet, wobei "0" die Abwendung vom Konfliktpartner und Hemmung der eigenen emotionalen Gestimmtheit bedeutete, hingegen "5" Zuwendung zum Konfliktpartner und das Ausleben der emotionalen Situation symbolisierte.

Die Reaktionsweisen bei aggressiver Gestimmtheit waren wie folgt kodiert:

0 = "still und traurig"
1 = "still nach außen und habe aggressive Vorstellungen"
2 = "fresse vieles in mich hinein und platze nur selten damit heraus"
3 = "explodiere und habe danach ein ungutes Gefühl"
4 = "zeige meine Wut, schreie, brülle und so"
5 = "explodiere und fühle mich danach wohl"

Reaktionsweisen bei depressiver Gestimmtheit waren wie folgt kodiert:

0 = "ziehe mich meistens still zurück"
1 = "bekomme die unter Frage 40 genannten Beschwerden" (unterschiedliche psychosomatische Beschwerden)
2 = "ich gehe einfach weg und denke über vieles nach"
3 = "ich weine, daß es die anderen sehen"
4 = "gehe ich zu den anderen und versuche mich abzulenken"
5 = "versuche über mich und meine Gefühle zu reden"

Betrachtet man die Reaktionsweisen der Untersuchungsgruppe insgesamt bei aggressiven Verstimmungen, so zeigt sich ein mittlerer Reaktionswert von 2,12, d.h., daß die suizidalen Jugendlichen dazu neigen, bei aggressiver Verstimmung "vieles in sich hineinzufressen und selten damit herauszuplatzen", d.h., sie verbergen dem Konfliktpartner ihre eigene aggressive Verstimmtheit und vermögen selten einmal im Durchbruch zu reagieren. Differenziert man nach den Konfliktpartnern anhand des Mittelwertes der Gesamtgruppe, ergibt sich folgende Reihung:

Geschwister	= 2,84
Schule	= 2,47
Clique	= 2,22
Mutter	= 1,97
Freund	= 1,96
Freundin	= 1,84
Vater	= 1,66

An der Rangreihe der Konfliktpartner, gemessen daran, wie deutlich aggressive Gestimmtheit zutage tritt, zeigt sich, daß diese am ehesten gegenüber Geschwistern und im schulischen Bereich sowie in der altersgleichen Clique offenbart werden. Deutlich mehr Zurückhaltung wird innerhalb der Familie und bei freundschaftlichen Beziehungen praktiziert. Am heftigsten ist die aggressive Gehemmtheit gegenüber dem Vater. In der konflikthaften Interaktion der jugendlichen Suizidenten mit dem Vater neigen sie dazu, ihre Verstimmung zu kaschieren und allenfalls aggressive Vorstellungen zuzulassen, die selten einmal in Form eines Durchbruchs zutage treten.

An die Mutter, die häufiger Haupterziehungsperson ist als der Vater, wird tendenziell mehr aggressive Verstimmtheit herangetragen als an den Vater. Die Mutter ist diejenige von den emotionalen Bezugspersonen, die im engeren Interaktionsumfeld relativ am deutlichsten aggressive Regungen erfährt, nahezu ebenso deutlich wie der heterosexuelle altersadäquate Dualpartner.
In dem "relativ emotional unverbindlichen Rahmen" - Clique,Schule Geschwister - werden deutlich häufiger aggressive Regungen transparent.

Die Reaktionsmuster bei depressiver Gestimmtheit zeigen Abweichungen gemessen an aggressiven Reaktionsmustern bezogen auf die Konfliktpartner. Anhand der Mittelwerte der Gesamtgruppe bei den einzelnen Konfliktpartnern ergibt sich folgende Reihung:

Freundin = 2,4
Clique = 2,38
Schule = 2,19
Geschwister = 2,13
Freund = 2,12
Mutter = 1,78
Vater = 1,56

Dekodiert bedeutet die zahlenmäßige Abstufung, daß in den altersgleichen Dualbeziehungen und in der Peer-Group am deutlichsten die Tendenz besteht, depressive Gestimmtheit zu vermitteln, wenn auch nur sehr indirekt. Ebenfalls geschieht dies tendenziell noch in der Schule und gegenüber den Geschwistern, d.h., im extrafamiliären Lebensbereich des Adoleszenten. Depressive Verstimmung, Enttäuschung, Entmutigung wird jedoch deutlich weniger in der Eltern-Kind-Beziehung evident, vor allem am wenigsten beim Vater, der, folgt man den bisherigen Ergebnissen, dem Jugendlichen am weitesten emotional entfernt zu stehen scheint.
Die zentrale Position des heterosexuellen Partners und der "unverbindlichen Gruppe" - Clique - birgt zwei wichtige Komponenten.Von dem Freund, der Freundin, einer Beziehung großer emotionaler Nähe, wird am ehesten Verständnis erwartet . In der unverbindlichen Clique hat die depressive Entäußerung möglicherweise eher kathartischen Effekt, ohne daß im Gegensatz zum Freund, zur Freundin mittelbare Hilfe erwartet

wird.
Einen interessanten Aspekt bietet die relative Positionsverschiebung der Mutter, vergleicht man aggressive und depressive Reaktionsweisen. War die Mutter bei den aggressiven Reaktionsweisen der Konfliktpartner, der aus dem engen emotionalen Bezugsfeld am deutlichsten die emotionale Gestimmtheit erfuhr, ist sie bei den depressiven Erlebnisweisen im Gegenteil diejenige, der depressives Verhalten neben dem Vater am wenigsten vermittelt wird. Darin offenbart sich die adoleszente Loslösungs- und Verselbständigungsdynamik.
Diese Betrachtung erlaubt eine weitere Hypothese. Die Altersspanne zwischen 14 und 18 Jahren kann, je nach psychischem Entwicklungsstand des Jugendlichen, ganz unterschiedliche, adoleszente Reifungsstadien umfassen - frühe Adoleszent, mittlere Adoleszenz, späte Adoleszenz. Demgemäß sagt die Reaktionsweise eines Jugendlichen seinen Konfliktpartnern gegenüber auch etwas über den Stand seiner psychischen Adoleszenzentwicklung aus bzw. über einen psychopathologischen Adoleszenzverlauf. Jugendliche, die bei depressiven Verstimmungszuständen weitaus stärker oder grundsätzlich Mutter und Vater als Ansprechpartner wählen als altersgleiche Freunde und Gruppen- oder Klassenmitglieder, sind in ihrer adoleszenten Autonomieentwicklung als unreifer einzustufen als jene Jugendlichen, die vorzugsweise oder ausschließlich altersgleiche Jugendliche und heterosexuelle Beziehungspartner als Adressaten ihrer depressiven Verstimmtheit wählen.

Generalisierend erlauben die Ergebnisse zu den aggressiven und den depressiven Reaktionsmustern suizidaler Jugendlicher die Aussage, daß emotionale Verstimmungszustände der genannten Art kaum an den Konfliktpartner herangetragen werden.
Es besteht eine deutliche Tendenz suizidaler Patienten zum Rückzug und Kaschieren des emotionalen Zustandsbildes gegenüber den Konfliktpartnern sowie des Vermeidens von offenen Konfliktsituationen. Die den Konflikt begleitenden, emotionalen Gestimmtheiten werden wenn, eher außerhalb der Familie vermittelt und am wenigsten deutlich bei intrafamiliären Konflikten. Diese Resultate lassen die Hypothese zu, daß suizidale Jugendliche dazu neigen, primär im Rückzugs- und Fluchtverhalten einen Konfliktausweg zu wählen.

Im interindividuellen Vergleich zeigt sich jedoch eine erhebliche Variationsbreite hinsichtlich der Reaktionsmodalitäten. Ausgehend vom Gruppenmittel der Reaktionsmodalität erweisen sich 7 Patienten als überdurchschnittlich aggressionsbereit. Ihr mittleres Reaktionsmuster liegt bei "3,88", d.h., daß sie explosibel in Konflikten zu reagieren vermögen, auch bei jenen Konfliktpartnern, die sie unter dem Aspekt der Problembelastung als intraindividuell überdurchschnittliches Problem bezeichnet haben, z.B. bei Vater und Mutter. In ganz ähnlicher Weise reagieren 5 Patienten bei depressiver Gestimmtheit deutlich zugewandter als die anderen 35 Patienten der Untersuchungsgruppe. Diese 5 Patienten vermögen ihre depressive Verstimmung dem Konfliktpartner, der diese Verstimmung hervorgerufen hat, auch deutlich darzulegen.

In beiden emotionalen Gestimmtheiten, aggressive und depressive Zustände, gibt es jeweils 4 bzw. 6 Patienten, die stärker als andere introvertiert, abgekapselt reagieren. Zwei dieser Patienten reagieren sowohl auf aggressive wie auch depressive Gestimmtheit mit "stillem Rückzug".

Vergleicht man die individuellen Reaktionsmuster bei den verschiedenen, emotionalen Gestimmtheiten, aggressiv und depressiv, über alle Patienten, so offenbart sich eine deutliche Übereinstimmung in den Reaktionsrichtungen. Korreliert man die Reaktionsmuster, so zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang ($r = .56$, PEARSON-BRAVAES'scher Product-Moment-Correlationscoefficient) zwischen aggressiver und depressiver Reaktionsmodalität. Dies bedeutet, je offener ein jugendlicher Suizident eine aggressive Gestimmtheit auszudrücken vermag, desto offener vermag er auch, seine depressiven Regungen zu deklarieren oder den Konflikt zu lösen. Dies gilt auch in der Umkehrung, denn je aggressiv-gehemmter ein Patient reagiert, desto stärker neigt er zu Rückzugs- und Isolationshaltungen bei depressiver Verstimmtheit.

Kann man auch, von der Gesamtgruppe ausgehend, eine generelle Reaktionsrichtung je nach Grad der aggressiven Gehemmtheit bei einem Patienten festlegen, muß man dennoch unterstreichen, daß ein hohes Maß an Variabilität der Reaktionen im Hinblick auf den jeweiligen Konfliktpartner

besteht.
Nur 8 Patienten reagieren bei den unterschiedlichen Konfliktkonstellationen mit einem aggressiven Gestimmtheitsstereotyp. Bei trauriger Verstimmtheit reagieren 4 der jugendlichen Patienten mit einem konstanten Reaktionsmuster. Da diese 4 Patienten auch zu jenen 8 gehören, die stereotyp in aggressiven Verstimmungszuständen reagieren, liegt die Frage nahe, ob von ihnen die Aufgabenstellung der Frage 41 und 42, differenziert nach Konfliktpartnern zu antworten, verstanden worden ist.
Die Variabilität in den Reaktionsweisen zeigt sich aber auch in folgendem Zusammenhang:
Von denjenigen Patienten, die die in Frage 41/42 vorgegebenen Konfliktpartner auch als intraindividuell überdurchschnittlich belastendes Problem angegeben haben (N = 21), weisen 14 je nach Konfliktpartner unterschiedliche Verhaltensweisen auf und nur 7 reagieren partnerunabhängig in gleicher Weise. Dies bedeutet, daß nicht der Schweregrad der Problembelastung die Reaktionsmodalität bestimmt sondern in der Regel der Konfliktpartner die Verhaltensweise, die zum Tragen kommt.

Damit ist ein wichtiges Faktum unterstrichen und eine Antwort auf die häufig gestellte Frage gegeben, warum ein Individuum einen objektiv außerordentlich hohen psychischen Belastungsgrad zu ertragen vermag und ein anderes Individuum schon bei scheinbar geringgradiger Belastung dekompensiert.
Valent für den Grad der Belastung sind subjektive Erlebnisweisen, die auf Vorerfahrungen, Lernprozessen basieren. Nicht jeder beliebige Interaktionspartner, Geschehnisablauf provoziert,basierend auf einem generalisierenden Einstellungsmuster, stereotype Reaktionsweisen, sondern jedes Geschehnis, jede Person des Umweltbezuges hat einen differenzierten Stellenwert in der differenzierenden Wertungsdisposition und führt somit zu unterschiedlichen Reaktionen des betroffenen Individuums.

II.4.4.2. Psychodynamische Entlastung in Konfliktsituationen

Konfliktlösungsmöglichkeiten, emotionale Entlastung geschieht, betrachtet man die Gesamtgruppe, dort am wenigsten, wo die Patienten ihre Hauptproblembereiche erleben, in der Auseinandersetzung mit den Eltern. Denn sie "fressen vieles in sich hinein und platzen nur selten damit heraus" bzw. "gehen aus dem Felde und fressen vieles in sich hinein", oder aber sie reagieren psychosomatisch, wie es sich unter der symptomatologischen Betrachtung verifizieren ließ.

Entlastungsmöglichkeiten außerhalb des problematischen Personen-Umwelt-Bezuges bieten sich nach eigenen Aussagen nur für 25 Patienten an, das sind 62,5%.
Von den 40 Jugendlichen der Untersuchungsgruppe gaben 15 an, keine Ansprechpartner zu haben. Diese 15 Patienten neigen alle dazu, sich bei aggressiver Verstimmung zurückzuziehen und, wenn überhaupt, aggressive Impulse am falschen Objekt (N = 5) auszuleben.
7 von den 15 Jugendlichen, die keinen Ansprechpartner aufweisen, ziehen sich auch bei depressiver Verstimmung generell zurück, wobei 6 dieser 7 keinerlei stabile Zweierbeziehung oder eine Art von Gruppenintegration aufweisen.
Die verbleibenden 8 Patienten versuchen, durch Kontakte mit altersgleichen Jugendlichen abgelenkt zu werden und der depressiven Verstimmung "zu entkommen".

Von den erstgenannten 25 Patienten, die Ansprechpartner haben, finden 23 von ihnen ihre Ansprechpartner in der Peer-Group. Zwei Patienten haben erwachsene Ansprechpartner. Von welcher Valenz für die suizidale Prävention die verfügbaren Ansprechpartner dieser 25 Patienten sind, wird unter einer anderen Fragestellung evident.

II.4.5. Suizidale Vorgeschichte

II.4.5.1. Tatabsicht als Prodromalstadium

Für Außenstehende, insbesondere für die Eltern, erscheint die suizidale Handlung ihres Kindes einbruchsartig, völlig überraschend. Wie aus den Reaktionsmustern deutlich wird, erfahren die elterlichen Konfliktpartner kaum etwas über die emotionale Gestimmtheit der Jugendlichen. In der Exploration mit jugendlichen Suizidenten kann man jedoch immer wieder die Erfahrung machen, daß der vollzogenen Suizidhandlung ein längerer Zeitraum der Planung und Überlegung vorausgegangen ist.

Auf Frage 30, nach vorausgegangenen "ernsthaften Selbstmordabsichten", gaben 30 Patienten an, vor der Suizidhandlung, im Rahmen derer sie untersucht worden sind, eine "Absicht gehegt zu haben".

9 Patienten verneinen eine solche Absicht.

Ein Patient beantwortete die Frage nicht, jedoch hatte er zuvor bereits einen Suizidversuch unternommen, der mehr als ein halbes Jahr zurücklag.

Die Zeiträume, in denen solche Absichten gehegt werden, sind unterschiedlich groß und reichen von 3 Wochen bis zu 5 Jahren (s. Tabelle 11).

Absichtszeiträume der suizidalen Handlung

3 Wochen	=	2 Patienten
1 Monat	=	3 Patienten
3 Monate	=	4 Patienten
6 Monate	=	4 Patienten
6 Monate und mehr	=	4 Patienten
1 Jahr	=	4 Patienten
2 Jahre	=	3 Patienten
3 Jahre	=	1 Patient
5 Jahre	=	5 Patienten

Tabelle 11 : Übersicht über Absichtszeiträume und deren Häufigkeit bei den Jugendlichen der Untersuchungsgruppe.

Entsprechend der langen sogenannten Absichtszeit sind auch die Häufigkeiten ernsthafter Selbstmordabsichten. Dazu geben die 30 genannten Patienten folgende Zahlen an:

Suizidabsichten vor dem jetzigen Suizidversuch

1 x	=	8 Patienten
2 x	=	6 Patienten
3 x	=	3 Patienten
4 x	=	3 Patienten
5 x	=	1 Patient
6 x	=	1 Patient
6 x und mehr	=	8 Patienten

Tabelle 12 : Häufigkeit der ernsthaften Suizidabsichten der 30 Patienten vor dem jetzigen Suizidversuch

Der Begriff "ernsthafte Absicht" muß deutlich von dem der "Durchführungszeit" abgegrenzt werden. Als "ernsthafte Absicht" darf hier angenommen werden, daß zumindest Teile der Durchführungsmodalität oder der Tatfolge konkret vorgestellt wurden. Damit ist durch den Grad der Konkretisierung deutlich auch eine Abgrenzung zur sogenannten suizidalen Idee „sich umzubringen", als einem nichtkonkretisierten Geschehen zu ziehen. Die Durchführungszeit dagegen beginnt mit dem Entschluß, die suizidale Handlung gemäß der partiell oder gänzlich konkreten Vorstellung aus der gehegten Absicht zu vollziehen, und endet mit der letzten, bewußt gesteuerten Handlung des Individuums nach oder in der Beibringung der selbstschädigenden Handlung.

Von den 40 Patienten der Untersuchungsgruppe weisen 21 (52,5%) im Vorfeld einen oder mehrere Suizidversuche auf.
Für 19 Patienten der Untersuchungsgruppe war es der erste Suizidversuch.

Häufigkeit vorausgegangener Suizidversuche

12 Patienten	mit einem Suizidversuch
5 Patienten	mit 2 Suizidversuchen
1 Patient	mit 3 Suizidversuchen
1 Patient	mit 4 Suizidversuchen
1 Patient	mit 6 Suizidversuchen
1 Patient	mit 8 Suizidversuchen

Tabelle 13 : Verteilung der 21 Patienten, die einen Suizidversuch bereits zuvor unternommen hatten, und Anzahl ihrer vorausgegangenen Suizidversuche (43).

Die Tatabsicht stellt eine dauernde, mehr oder minder latente suizidale Reaktionsbereitschaft dar. Es läßt sich jedoch nur tendenziell ein Zusammenhang zwischen Dauer der Tatabsicht und Zahl der suizidalen Handlungen belegen. Bei 7 der 9 Jugendlichen, die 2 und mehr Suizidversuche zuvor unternommen hatten, läßt sich über mehr als 2 Jahre das Bestehen suizidaler Absichten eruieren.
Es bejahen zwar 23 Patienten (57%) der Untersuchungsgruppe die Frage 29, daß der Tatentschluß plötzlich gewesen sei, doch unterstreichen die 17 anderen, es habe eine "Planung vorgelegen" und benennen dazu Zeiträume von einer Stunde bis zu einem Jahr.

Der suizidale Impuls tritt nicht plötzlich auf und manifestiert sich nicht im ersten überraschenden Suizidversuch und persistiert dann.
An jenen Patienten, die wir nach einer ersten Suizidhandlung untersuchten, zeigte sich, daß zwischen der ersten möglichen Idee zur Tat und der Ausführung Wochen und Monate vergehen können.
9 der sogenannten Ersttäter geben einen Zeitraum von einem Monat bis zu einem Jahr zwischen erster "ernsthafter Absicht" und dem Suizidversuch an.
Die unterschiedlichen Aussagen der Patienten lassen den Schluß auf eine graduell unterschiedlich bewußte suizidale Zielsetzung zu.

In ganz ähnlicher Weise betont dies JACOBS, indem er LITMAN zitiert: "Aus Untersuchungen der Selbstmordziffern geht hervor, daß der Selbstmord in der großen Mehrheit der Fälle nicht plötzlich, impulsiv, unvorhersehbar und unvermeidlich erfolgte, sondern im Gegenteil der letzte Schritt oder das Ergebnis einer zunehmenden Adaptationsunfähigkeit war" (JACOBS 1974).
Der Begriff "Adpatationsunfähigkeit" erscheint nicht glücklich gewählt, denn er impliziert prävalierende Veränderungsprozesse außerhalb des Individuums, dem dieses sich infolge mangelhafter intrapsychischer Veränderung nicht anzupassen vermag.
Der Schwerpunkt der Veränderung jedoch dürfte eher als ein intrapsychischer Prozeß gesehen werden: 1. als ein Identifikationsprozeß mit der "Opferrolle" im Sinne BANDURAs, 2. als Veränderungsprozeß der "Situation", der äußeren und inneren Wirklichkeit des Individuums, als ein allmählicher Lernprozeß , in dem die "Objektseite", wie PIEL formuliert, andere Valenz erhält.
Die "Planung", das Bahnen der Psychodynamik auf die Suizidtat hin, der motivationale Prozeß, aus dem die Suizidtat resultiert, offenbart sich, wie schon unter der zeitlichen Betrachtung, auch unter anderen Aspekten.

II.4.5.2. Motivationale Bedingungsvariablen im Personen-Umwelt-Bezug

Betrachtet man jene 21 Jugendlichen, die mehrere Suizidversuche unternommen haben, und vergleicht die "Anlässe", aus denen heraus es zu suizidalen Impulsen kommt, so zeigt sich in 18 Fällen eine Konstanz dieser Anlässe, d.h., eine Konstanz der jeweiligen Konfliktpartner und Problembereiche.
Einer der 21 Jugendlichen betont, daß er bei beiden Suizidversuchen keinen Anlaß angeben könne.
In den 2 Fällen, in denen eine Abweichung der Anlässe beim jetzigen, untersuchten Suizidverhalten zum vormaligen Suizidverhalten vorliegt, bleibt der Problembereich konstant, hingegen der Konfliktpartner wechselt. Bei dem einen der beiden Patienten kam es im Rahmen seiner ersten Suizidhandlung zu Spannungen zwischen ihm und seinen Eltern

wegen schlechter Schulleistungen, im Rahmen des 2. Suizidversuches zu einem Konflikt mit einem Fachlehrer wegen schlechter Schulleistungen. Bei dem anderen Patienten war die Abfolge der Konfliktpartner genau umgekehrt, der Anlaß jedoch ebenfalls schlechte schulische Leistungen.

Betrachtet man wieder das Gesamt der Untersuchungsgruppe, so werden von den Patienten mehrere Anlässe genannt, im Schnitt 2,34 Anlässe pro Patient.
2 Patienten können keinen Anlaß benennen.
9 der 38 Patienten, die einen Anlaß benennen, geben jeweils einen an, die anderen mehrere, wobei sich typische, multiple Konstellationen auftun, z.B. die, daß ein Konflikt mit der Mutter wegen schlechter Schulleistungen vorliegt und die Mutter den Freund des suizidalen Jugendlichen dafür verantwortlich macht und damit droht, die freundschaftliche Beziehung zu untersagen. In dieser Konstellation werden von dem Patienten Mutter, Freund und Schulleistungen als Anlässe benannt. Im einzelnen werden folgende Konfliktpartner und auch Problembereiche, aus denen es zu suizidalen Handlungen kommt, angegeben:

Art und Häufigkeit von Suizidanlässen

Vater in	14 Fällen
Lehrer in	6 Fällen
Mutter in	22 Fällen
Freund in	15 Fällen
Freundin in	3 Fällen
Freunde in	2 Fällen
Clique in	2 Fällen
Geschwister in	3 Fällen
eigenes Aussehen in	4 Fällen
Strafe durch Eltern in	6 Fällen
Schulleistungen in	5 Fällen
Beziehungsverlust in	7 Fällen

Tabelle 14 : Art und Häufigkeit der Anlässe (89) der Suizidhandlung (N = 38)

Jene 21 Jugendliche, die mehrere Suizidversuche unternommen haben, benennen im Schnitt bei den vorausgegangenen Suizidversuchen (insgesamt 43, siehe Tabelle 13) 1,34 Anlässe pro Versuch. Die nummerisch geringere Benennung von Anlässen mag darauf zurückzuführen sein, daß aus der Erinnerung eine Zentrierung auf die primären Probleme stattgefunden hat, sie spricht aber auch für die Konstanz der Anlässe und Problembereiche.

Art und Häufigkeit der Anlässe vorausgegangener Suizidversuche

Vater in	8 Fällen
Lehrer in	7 Fällen
Mutter in	12 Fällen
Freund in	11 Fällen
Freundin in	1 Fall
Freunde in	3 Fällen
Clique in	3 Fällen
Geschwister in	1 Fall
Aussehen in	2 Fällen
Erkrankung in	1 Fall
Angst vor Strafe in	4 Fällen
Schulleistungen in	5 Fällen

Tabelle 15 : Art und Häufigkeit der suizidalen Anlässe (58) bei den vorausgegangenen Suizidversuchen von 20 der 21 Jugendlichen.

Es ist durch die vorgegebenen Antwortmuster in der Frage 24, nach dem Anlaß, bedingt, daß es eine inhaltliche Entsprechung zu den Problembereichen in Frage 19 des Fragebogens gibt. Dennoch überrascht die hohe Übereinstimmung zwischen zentralem Problembereich und Suizidanlässen, vor allem, wenn man die zuvor dargestellte Verknüpfung der Anlässe miteinander berücksichtigt. Eltern und duale partnerschaftliche Beziehungen haben als Anlaß und Problembereich

zentralen Stellenwert.

"Den Suizidgedanken, Todeswünschen und Suizidideen ist größte Bedeutung beizumessen, kündigen doch 2/3 der Suizidenten ihre Absicht vorher an" (PÖLDINGER et al.1980).
Diese von PÖLDINGER dargelegte Notwendigkeit hat jedoch kaum zu gezielter Forschung geführt. Unter symptomatologischer Betrachtung läßt sich zwar das präsuizidale Syndrom von RINGEL nennen, das aber vorwiegend bei Suizidalität infolge depressiver Störung aussagekräftig ist und weniger für Jugendliche, bei denen die adoleszente emotionale Labilität eine mögliche präsuizidale Einengung im Sinne RINGELs gar zu überdecken vermag.
Es wird einerseits betont, daß 2 von 3 Suizidpatienten ihre Absicht vorher mitteilen, andererseits jedoch unterstrichen, daß "die Bedenkzeit (die Zeit vom Auftauchen der Suizidgedanken bis zum Beginn der Suizidhandlung) in 66,7% der Fälle weniger als 24 Stunden, die Entschlußzeit+) (die Zeit vom Entschluß bis zur Ausführung) in 88% der Fälle weniger als 6 Stunden" beträgt (HENSELER 1974).
Beide Thesen, daß 2/3 der Patienten die Suizidtat ankündigen und daß in 2/3 der Fälle der Absichtszeitraum höchstens ein Tag sei, sind für Jugendliche nach den vorliegenden Ergebnissen in dieser Untersuchung nicht aufrecht zu erhalten. Denn einmal benennen 3/4 der Patienten der Untersuchungsgruppe einen Absichtszeitraum von mehr als 3 Wochen (siehe Tabelle 11), und zum anderen kündigt der nur geringere Teil die Suizidabsicht an. Mag PÖLDINGER den Begriff "ankündigen" auch weit fassen, so wird aus den vorliegenden Ergebnissen dieser Untersuchung dennoch deutlich, daß insbesondere die zentralen Interaktionspartner, die entsprechend der suizidalen Dynamik auch Konfliktpartner sind, den geringsten Zugang zu den Erlebnisweisen der Suizidenten haben.
Auf Frage 27, ob der Jugendliche vor dem Suizidversuch mit jemandem darüber gesprochen habe, antworten 21 (52,5%) mit 'nein'.
19 Jugendliche bejahen diese Antwort und geben in 15 Fällen den Freund-Freundin als Gesprächspartner an und in 4 Fällen die 'Clique', zu der unverbindliche Beziehungsmodalitäten bestehen.

+) In dieser Arbeit als Durchführungszeit bezeichnet.

Die zahlenmäßige Relation Ankündigung versus Nichtankündigung scheint bei Jugendlichen umgekehrt zu der von PÖLDINGER benannten zu sein. Relativ verdeckte Hinweise, die Beschäftigung mit dem Thema 'Suizid' in Zeitschriften, Büchern und Gespräche über das Weiterleben nach dem Tod, werden häufig erst ex post facto als eine mehr oder minder deutliche Ankündigung suizidaler Dynamik interpretiert und sind zumeist im Vorfeld der Suizidhandlung als solche nicht zu identifizieren. Dieser Umstand mag zu PÖLDINGERs Zahlenangabe beigetragen haben.

Keiner der Jugendlichen der Untersuchungsgruppe weist Eltern - Vater oder Mutter - als Gesprächspartner suizidaler Thematik aus. Familienmitglieder sind hinsichtlich der Selbstmordtendenz von Jugendlichen auch dann keine Ansprechpartner, wenn durch den Suizid eines Familienmitgliedes oder eines engeren Freundes ein unmittelbarer Bezug gegeben wäre.

18 der 40 Patienten hatten Kenntnis von einem Suizidversuch eines Familienmitgliedes bzw. Freundes, engen Bekannten oder Klassenkameraden. 3 dieser 18 Patienten erlebten an näheren Bezugspersonen suizidale Handlungen, ein Patient bei seiner Mutter und seiner Schwester, ein anderer bei seinem Vater, seiner Mutter und einem Geschwister und ein Patient bei einem engen Freund und einem Klassenkameraden.

Suizidversuch im Umfeld der Patienten der Untersuchungsstichprobe

3 Patienten erlebten den Suzidversuch ihrer Mutter
2 Patienten den Suzidversuch ihres Vaters
3 Patienten den Suizidversuch eines Geschwisters
4 Patienten den Suizidversuch eines Klassenkameraden
und
12 Patienten den Suzidversuch von Freunden oder Bekannten

Tabelle 16 : Art und Häufigkeit der Suizidversuche im sozialen Umfeld der Patienten der Untersuchungsstichprobe.

Die Hälfte der Patienten erlebte einen Suizidversuch in ihrem jeweiligen sozialen Umfeld. Welche Valenz einem solchen Erleben zukommt, muß in einer gesonderten Fragestellung untersucht werden. Ebenso muß der Frage nachgegangen werden, inwieweit die Beschäftigung mit dem Thema Suizid in Medien und Schule eine Bedingungsvariable im motivationalen Prozeß der Suizidalität ist. Eine Identifikation mit dem betrauerten, bedauerten Opfer, dessen erfolgreiche Kontrollausübung durch die Tat über die Bezugspersonen und der daraus resultierende Wunsch der Nachahmung - das Lernen am Modell - darf zweifelsfrei angenommen werden.

Zusammenfassend stellt sich die suizidale Handlung bei Jugendlichen als ein Geschehen dar, das in der Regel eine zumindest mehrwöchige, wenn nicht mehrmonatige Entwicklung von der ersten "ernsthaften Absicht" bis zum Tatentschluß aufweist. Die den Tatentschluß provozierenden Anlässe stellen sich als Erlebnisweisen in Konflikt- und Problemfeldern dar, mit denen sich Jugendliche im allgemeinen längerfristig belastet sehen. Diese Belastung wird dem sozialen Umfeld nur unzureichend vermittelt, insbesondere den elterlichen Bezugspersonen, die als Konfliktpartner am häufigsten als Anlaß genannt werden. Suizidale Vorbilder und eigene suizidale Handlungen müssen zumindest für einen Teil der Jugendlichen im Motivaufbau und in der Motivauswahl als valent betrachtet werden.

II.4.6. Ablauf der suizidalen Handlung

Der genaue Tathergang, das Geschehen in der "Durchführungszeit", ist in sehr vielen Fällen in der anschließenden Exploration mit den Patienten kaum zu rekonstruieren, da durch die Ingestionen bedingte retrograde Amnesien oder Teilamnesien vorliegen bzw. der Patient im Sinne des "Ungeschehenmachens" den Tatablauf vergessen hat. Viele Patienten ertragen es nicht, einem ihnen in der ersten Exploration weitestgehend unbekannten Untersucher die für sie peinlich erlebten Tathergänge zu schildern.

Wir konnten oft die Erfahrung machen, daß viele Patienten, die in den ersten Explorationen zum Tathergang nichts berichteten, in späteren Gesprächen im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung detaillierte Aussagen zum Tathergang gemacht haben. Im Rahmen einer Fragebogenuntersuchung erschien es aus den obengenannten Gründen nicht sinnvoll, den genauen Tathergang erfassen zu wollen. Es sollten vielmehr charakteristische Handlungsmerkmale wie auslösende Idee, Mittelwahl Ort der Handlung und Vorstellung von Handlungszielen, Abschiedsbriefe erfaßt werden, um damit die prozeßhafte Ausrichtung der Dynamik in der jeweiligen Situation aufzeigen zu können.

II.4.6.1. Auslösende Idee

Zur auslösenden Idee, durch eine suizidale Handlung Konflikte zu lösen oder Problembelastungen zu entgehen, können oder wollen 21 Patienten der Untersuchungsgruppe keine Aussage machen bzw. formulieren die auslösende Idee vage als "Kurzschluß", "ich war so durcheinander". Diese Formulierungen gebrauchen 6 Patienten und 3 andere betonen: "Ich weiß nicht".
Dieses "Nichtwissen" mag vielfach infolge der Intoxikation zutreffend sein, in anderen Fällen ist es aber auch ein Verdecken der peinlich erlebten Tat. Eine Patientin schrieb im Fragebogen:"Richtig Schluß machen wollte ich ja nicht".
"Die Flüchtigkeit der Suizidimpulse ist bekannt" (HENSELER 1974). REIMER et al. weisen nach, daß der kathartische Effekt durch die Tat bei mehr als Dreiviertel der Patienten eine Distanz zum Tatgeschehen schaffe.

Die auslösende Idee wird bei den sich äußernden Patienten ebenfalls nur vage dargestellt, wie etwa in folgenden Äußerungen:"Meine Situation"; "der ganze Ärger, ich wollte mit allem Schluß machen"; "ich glaube, daß ich nicht in diese Welt passe"; "daß mich niemand mag"; "Zeitungen und Fernsehen"; "keine Lust mehr zu haben"; "daß mich niemand versteht"; "damit ich kein Problem für andere darstelle"; "keine Lust mehr haben";

"daß es ein schöneres Leben nach dem Tod gibt"; "der Gedanke nicht mehr zu leben, um mich der Angst zu entziehen"; "meine Freundin hat es auch vor".
Diese auslösenden Ideen sind Kognitionen der inneren und äußeren Wirklichkeit, der Ausgangs- und der Zielsituation. Es werden keine konkreten Situationen, daß etwas Bestimmtes geschehen ist, auf das die unmittelbare Konsequenz, die suizidale Reaktion, zu erfolgen hat, beschrieben.
Die auslösende Idee ist das Resultat der Verarbeitung vorausgegangener Erlebnisweisen. Die Suizidhandlung wird zur Rettungsphantasie mit Flucht- oder Zieltendenzen,zur Problemlösung, die schon lange gehegt und durch einen Anlaß, einen Problembereich, eine Konfliktsituation zunehmend konkretisiert und aktualisiert wurde.Wenn der Suizidversuch eine Rettungsphantasie ist, muß sich das in begleitenden Tatmerkmalen ausdrücken, die auf das Handlungsziel, das was erreicht und verändert werden soll, ein Motiv der Tat, hinweisen.

II..4.6.2. Methoden des Suizidversuchs

33 der 40 Patienten unternahmen den Suizidversuch allein mit Tabletten und zwar in 16 Fällen mit Schlaftabletten und in 17 Fällen mit anderen Medikamenten in Tablettenform. Die Skala dieser Medikamente reicht von Beruhigungsmitteln über Rheumamittel bis hin zu Antibaby-pillen.
11 der 33 Patienten kauften sich die Tabletten gezielt in Apotheken. 18 andere Suizidenten nahmen sie ausschließlich aus der Hausapotheke der Eltern,und 4 weitere nahmen unterschiedliche Präparate sowohl aus der Hausapotheke wie auch durch zusätzlichen Kauf in Apotheken.

2 weitere Patienten nahmen Tabletten und versuchten darüber hinaus,sich durch Eröffnung der Pulsadern zu suizidieren,und 2 andere versuchten,sich zu erhängen. Dies waren in beiden Fällen weibliche Jugendliche.
Ein Patient führte die suizidale Handlung durch Einnahme von Bade-zusätzen aus.

Methoden der Suizidversuche

Tablettenintoxikation		33 Patienten
aus Hausapotheke	18 Patienten	
aus Apotheke	11 Patienten	
aus Hausapotheke und Apotheke	4 Patienten	
Erhängen		2 Patienten
Eröffnen der Pulsadern		1 Patient
Tabletten und Pulsadern		2 Patienten
Tabletten/Sprung vors Auto		1 Patient
Trinken von Badezusätzen		1 Patient

Tabelle 17 : Häufigkeit der Suizidmethoden der Patienten der Untersuchungsgruppe.

Es zeigen sich in der Untersuchungsgruppe hinsichtlich der Wahl der Suizidmethoden keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Die vielfache Annahme, daß die sogenannten "harten Methoden" typisch für männliche Suizidenten sei, läßt sich nicht bestätigen. Dies mag aber an dem relativ kleinen N der Untersuchungsstichprobe liegen. Es zeigen sich weitere interessante Aspekte, wenn man die Patienten, die mehrere Suizidversuche unternommen haben, hinsichtlich der Mittelwahl betrachtet.

Von 8 Patienten, die bei früheren Suizidhandlungen versucht haben, sich die Pulsadern zu eröffnen, wechseln 6 die Methode und nehmen bei dem jetzt zur Untersuchung anstehenden Suizidversuch Tabletten. Ein Patient dieser 8 hatte vorher versucht, sich die Pulsadern zu eröffnen und zusätzlich sich zu erhängen. Dieser Patient versuchte bei seiner jetzigen Suizidtat,sich zu erhängen.
Den umgekehrten Weg, bei einem früheren Suizidversuch Tabletten genommen zu haben und sich jetzt die Pulsadern zu eröffnen, beschreitet nur ein Patient.

Jener Patient, der beim jetzigen Versuch Tabletten einnahm und zusätzlich versuchte, sich durch einen Sprung vor ein fahrendes Auto das Leben zu nehmen, hat diese Modalität auch bei den vorausgegangenen Suizidversuchen gewählt. Er ist derjenige, der die meisten Suizidversuche, nämlich 8, im Vorfeld aufweist. Beim jetzigen Versuch kaufte er sich zusätzlich erstmals gezielt in einer Apotheke Schlaftabletten.

Unabhängig von der Mittelwahl zeigt sich eine weitere Tendenz bei den Patienten, nämlich die, zusätzlich zur Tabletteneinnahme oder Eröffnung der Pulsadern, Alkohol zu sich zu nehmen. Dies taten 13 der 40 Patienten, von denen 7 "Mehrfachtäter" sind und 6 sogenannte "Ersttäter". 7 Patienten tranken Bier, 9 Schnaps, Weinbrand und andere hochprozentige Alkoholika, 3 Patienten Wein (daß die Zahl der Patienten getrennt nach den Alkoholsorten größer als 13 ist, liegt darin begründet, daß 5 Patienten mehrere Arten von Alkohol vor der Suizidtat konsumiert hatten).

Gemäß der vorausgegangenen Betrachtungen zum Absichtszeitraum und dem Durchführungszeitraum suizidalen Tuns scheint der Alkohol nicht Auslöser zu sein. Er fördert vielmehr die jeden Suizid unterstützenden Kognitionen. Die Alkoholeinnahme hat eine entlastende, befreiende Wirkung. Andererseits führt die zusätzliche Einnahme von Alkohol zu einer potenzierenden Wirkung der Medikamente, womit das häufig vorgebrachte Argument der gezielten Ungefährlichkeit bei Tabletteneinnahme zumindest in Frage gestellt werden kann.

LUNGERSHAUSEN weist in seiner Untersuchung eines studentischen Klientels im Zeitraum von 1958 bis 1969 nicht so hohe Anteile begleitenden Alkoholkonsums aus. 18% der männlichen und 13% der weiblichen Studenten, die einen Suizidversuch unternommen hatten, konsumierten Alkohol im Rahmen dieser Handlung, doch dürften die Konsumgewohnheiten zur damaligen Zeit andere gewesen sein. Auch LUNGERSHAUSEN betont:" Bei Suizidversuchen schien oftmals der Alkohol bzw. die alkoholbedingte Verstimmung letzten Anstoß zur Verwirklichung eines bereitliegenden Suizidplanes gegeben zu haben" (LUNGERSHAUSEN 1968).
Die hohe Übereinstimmung in der Mittelwahl bei den Patienten unserer Untersuchungsgruppe, die Zentrierung auf Tabletten ist ein Effekt der

leichten Zugänglichkeit dieser Mittel und läßt keinen Schluß auf einen sogenannten typisch "narzißtischen Selbstmord" oder sogenannte "bloße Demonstration" zu.

II.4.6.3. Ort der suizidalen Handlung und Problembereiche

Anders als die Methode suizidaler Handlungen läßt der Ort, an dem ein Suizidversuch durchgeführt wird, Schlüsse auf motivationale Bedingungsvariablen zu.
27 Patienten der Untersuchungsgruppe unternahmen den Suizidversuch in der elterlichen Wohnung bzw. im Heim oder der Wohnung ihrer Geschwister, bei denen sie lebten. Dabei ist wiederum zu unterscheiden zwischen den räumlichen Gegebenheiten innerhalb der Wohnungen.
23 der 27 Patienten wählten das eigene Zimmer, 2 andere die Küche und 2 weitere das Badezimmer der elterlichen Wohnung.

Orte der suizidalen Handlungen

Elterliche Wohnung		27 Patienten
Eigenes Zimmer	23 Patienten	
Küche	2 Patienten	
Badezimmer	2 Patienten	
Zimmer des Freundes		3 Patienten
Wald		4 Patienten
Dorfteich		1 Patient
Gaststätteneingang		1 Patient
Wohnung der Schwester		1 Patient
Kaufhaustoilette		1 Patient
Flur vor Klassenzimmer		1 Patient
Telefonzelle		1 Patient

Tabelle 18 : Orte der Suizidhandlungen und entsprechende Häufigkeiten

2 der 23 Patienten, die den Suizidversuch im eigenen Zimmer unternommen hatten, machten keine Aussagen über den Anlaß ihrer Suizidhandlung.
17 Patienten von den 23 gaben als Anlaß einen vorausgegangenen, akuten Konflikt mit den Eltern oder einem Elternteil an.
1 Patient weist wegen schlechter Schulleistungen und damit im Zusammenhang mit einer Freundschaft eine dauerhaft bestehende Konfliktsituation zu seinen Eltern auf.
Nur 3 der 23 Jugendlichen, die die Suizidhandlung in der elterlichen Wohnung durchführten, weisen keine Belastung in der Eltern-Kind-Beziehung auf, doch liegt bei ihnen eine konflikthafte Beziehung zu heterosexuellen Partnern vor.

3 Patienten wählten als Ort der Suizidhandlung das Zimmer des heterosexuellen Partners, und in allen 3 Fällen wurde die Beziehung zu diesen Partnern von den eigenen Eltern bzw. von der Mutter bedroht, und es bestand aufgrund dieser elterlichen Drohung die Gefahr eines Beziehungsabbruches.

5 Patienten, die gleichermaßen Eltern-Freundschaftskonflikte aufweisen, liefen ein Stück von Zuhause fort in einen Wald (N = 4) oder an einen Dorfteich (N = 1). Einer dieser 5 Patienten machte keine Angaben über den Anlaß seiner suizidalen Handlung, die 4 anderen gaben gleichgewichtige Eltern-Partnerschaftskonflikte an.

1 Patient wählte als Suizidort die Eingangstür zu einem Lokal, in dem die Weihnachtsfeier seines Betriebes stattfand, und nahm dort vor der Tür die Tabletten, wo er später von Betriebsmitgliedern gefunden wurde. Zwischen dem Ort und dem Anlaß für seinen Suizidversuch, er benennt langwierige Auseinandersetzungen mit den Eltern wegen einer Freundschaft, besteht kein offensichtlicher Zusammenhang. Dieser wurde erst in einer zusätzlichen Exploration mit dem Patienten evident. Der Patient suchte kompensatorisch für die permanente Kritik der Eltern wegen der genannten Freundschaft Anerkennung und Bestätigung bei den Kollegen. Als ihm am Abend der Betriebsfeier unter Alkoholeinfluß durch die Kollegen der Vorwurf der Adipositas und mangelnden Intelligenz gemacht wurde, der

Patient war Sonderschüler, offenbarte sich sein zentrales Problem. Die Eltern hatten ihm über Jahre vorgeworfen, wegen der Freundschaft schlecht in der Schule zu sein,und titulierten ihn nach der Umschulung auf die Sonderschule als "dumm, dick und faul".

1 Patient unternahm den Suizidversuch in der Wohnung der Schwester, zu der er ein sehr positives Verhältnis hat und sich zu ihr zurückzieht, wenn Auseinandersetzungen mit den Eltern oder einem Freund bestehen.

1 Patient wählte eine Kaufhaustoilette als Ort der suizidalen Handlung. Im Hintergrund standen außerordentliche Problembelastungen infolge permanenter Konflikte mit den Eltern, einer Freundin und den Geschwistern. Ein anderer Patient wählte eine Telefonzelle als Ort der Tabletteneinnahme und verblieb auch in dieser Telefonzelle am Stadtrand, nachdem er von dort aus die Mutter telefonisch über die Tabletteneinnahme unterrichtet hatte. Vorausgegangen war ein Konflikt mit der Mutter und deren Ankündigung, den Patienten wegen schlechter Schulzensuren zu bestrafen.

1 Patient, eine 16-jährige Schülerin, die als Suizidanlaß einen Konflikt mit ihrem Lehrer benannte, den sie andererseits als Problemansprechpartner neben ihren Eltern hatte, nimmt in der Schule vor dem Klassenzimmer Tabletten ein, nachdem sie zuvor dem Lehrer einen Abschiedsbrief geschrieben hatte, worin sie sich beklagte, von ihm nicht hinreichend anerkannt und verstanden worden zu sein.

Einen interessanten,wichtigen Hinweis zur Bedeutung der Ortswahl der Suizidhandlungen bieten auch die "Mehrfachtäter".
21 Jugendliche, die schon zuvor Suizidversuche unternommen hatten, behielten in 13 Fällen den Ort der suizidalen Handlung bei, d.h. in 9 Fällen das eigene Zimmer, 1 Patient machte den vorangegangenen und den jetzigen in einem Park, 1 Patient unternimmt den jetzigen Suizidversuch ebenfalls wie den vorhergegangenen in der Küche zu Hause und ein anderer im Badezimmer der elterlichen Wohnung und ein weiterer Patient wie bei den vorangegangenen Suizidversuchen im Zimmer des Freundes.

7 Patienten wechseln den Ort der suizidalen Handlung, verlegen ihn gleichsam näher an den Konfliktpartner heran. Das bedeutet, daß in 6 Fällen die elterliche Wohnung und in einem Fall die Wohnung des Freundes gewählt wird.
Nur einer der 11 Patienten entfernt sich bei seinem jetzigen, dritten Suizidversuch wieder von dem Konfliktpartner, den Eltern. Er unternimmt die jetzige Suizidhandlung in einem Waldstück, wo er auch den ersten Suizidversuch unternommen hatte, während er den zweiten im Zimmer seiner elterlichen Wohnung vorgenommen hatte.

In diesen Ergebnissen verifiziert sich die These der Nähe des Handlungsortes zum Konfliktpartner, zum Problembereich. Tendenzen der Nähe und der Ferne werden graduell unterschiedlich deutlich. Bei jenen Jugendlichen, die ihre Suizidhandlung im Wald begehen, am Dorfteich, manifestiert sich ein "Fortlaufen" in der suizidalen Handlung, "um gesucht zu werden" (LÖWNAU 1960). Die Kaufhaustoilette, die einer der Jugendlichen wählte, kann als letzter Zufluchtsort interpretiert werden, der ihm trotz der Anonymität größere emotionale Zugangsmöglichkeiten bot als ihm dies bei seinen [illegible] Bezugspersonen Eltern [illegible] bar gewesen zu sein scheint.

Die Interpretation der motivationalen und Motivvariablen "Ort" muß mit großer Vorsicht geschehen, denn die scheinbare Eindeutigkeit kann tauschen, weil in dem Ort der Handlung die suizidale Ambivalenz zutage tritt. So weist JACOBS darauf hin, daß die elterliche Wohnung als Suizidort bei fortgeschrittene Stadium der Entfremdung der Jugendlichen zu seinen Eltern" (1974) zum Ausdruck bringen kann. Gleichzeitig kann aber in dieser Ortswahl auch der Versuch gesehen werden, an die Eltern zu appellieren, um ihre Hilfe und Nähe wiederzuerlangen. [illegible] weist in den Ergebnissen seiner Untersuchung darauf hin, daß 3 von 4 Patienten einen Suizidversuch in unmittelbarer Nähe naher Personen durchführen.
Der Ort der Suizidhandlung wird deutlicher als Ausdruck motivationalen Verhaltens, bestimmter Motive, im Zusammenhang mit anderen Faktoren. Einer dieser Faktoren sind Abschiedsbriefe, die aber in ihrer semantischen Interpretation nicht Eingang in diese Untersuchung fanden, sondern

erfaßt wurde einzig, ob Abschiedsbriefe geschrieben und an wen sie adressiert waren.

II.4.6.4. Abschiedsbriefe

Von den 40 Patienten schrieben nur 12 (30%) einen Abschiedsbrief. 6 Patienten richten diesen Brief an die Eltern. Einer schreibt an seine Mutter, mit der er allein lebt, 3 Patienten schreiben einen Abschiedsbrief an ihren Freund/Freundin, zu dem ein gespanntes Verhältnis besteht. In einem Fall wurde der Brief an einen Lehrer geschrieben, der in seiner vermeintlichen Einstellung der Patientin gegenüber auch Anlaß zum Suizidversuch war. Eine weitere Patientin adressiert den Abschiedsbrief an ihre Schwester, bei der sie lebt.

Untersucht man das emotionale Beziehungsgefüge zu den Adressaten der Abschiedsbriefe, so sind es in 8 der 12 Fälle Personen, zu denen ein außerordentlich starkes, problembelastetes Verhältnis besteht. In 4 Fällen wird der Abschiedsbrief an Bezugspersonen gerichtet, zu denen positive emotionale Beziehungen belegt werden.

JACOBS, der in seiner Arbeit "Selbstmord bei Jugendlichen" Abschiedsbriefe jugendlicher Suizidenten zur Festlegung des "inneren Prozesses zur Rechtfertigung des geplanten Selbstmordes" untersuchte, betont, daß "kein Unterschied zwischen Personen, die Briefe hinterlassen und solchen, die das nicht tun", besteht (JACOBS 1974).
Die Ambivalenz des suizidalen Tuns läßt sich nach RINGEL auch durch Abschiedsbriefe, "die nur von einer Minorität von 15-20% der Suizidenten geschrieben wird", belegen. RINGEL sieht in den Abschiedsbriefen ein Mittel der "psychologischen Autopsie" (RINGEL 1965) und unterstreicht, daß auch in den Abschiedsbriefen Fremd- und Autoaggressionen gleichermaßen enthalten sind.

Doppelt so häufig werden Abschiedsbriefe an den Konfliktpartner adressiert wie an eine Person, zu der ein positiver Bezug vorliegt. Tendenziell offenbart sich darin wie in der Wahl des Ortes der Suizid-

handlung ein Versuch des Suizidenten,"Nähe"zu erlangen . Emotionales Erleben wird mit dem Brief zum Ausdruck gebracht,entgegen der konfliktunmittelbaren Verhaltensweise /erschlossen-distanziert zu reagieren. Die Annahme, daß durch die Abschiedsbriefe ein Versuch unternommen wird, Nähe zum Konfliktpartner herzustellen, läßt sich auch durch die Untersuchungsergebnisse von JACOBS stützen.
JACOBS differenziert aus seinen 112 "Krankheitsbriefen", wie er es nennt, 4 Gruppen. Den überwiegenden Anteil stellen Briefe der Gruppe 1 (31%) dar, die die Bitte um "Vergebung oder Nachsicht" enthalten, dem stehen die Briefe der Gruppe 2 (8%) gegenüber, in denen eine "direkte Anklage an den Schuldigen gerichtet war" (JACOBS 1974).

II.4.7. Motivanalyse

II.4.7.1. Suizidale Zielvorstellungen

Die suizidalen Zielvorstellungen, die Motive, waren in Frage 43 des Fragebogens direkt angesprochen:"Bitte überlege jetzt einmal ganz genau, was Du Dir vorgestellt hast, wie es nach dem Selbstmord sei. Was hast Du erwartet, was dann mit Dir wäre ?"
Diese Frage sollte von den Patienten ohne Vorgabe von Antwortmustern beantwortet werden. Dazu äußerten sie sich im einzelnen wie folgt:

Pat.-Nr.		Antwort
1	:	Es würde eine Stille und Dunkelheit eintreten,und ich wäre weg.
2	:	Daß ich endlich meine Ruhe hätte und keiner mich mehr nerven würde.
3	:	Dann wäre ich einfach weg, hätte keine Probleme mehr und meine Ruhe.
4	:	Ich habe meine Ruhe.
5	:	Nichts. Ich habe mich nicht damit beschäftigt.
6	:	Keine Sorgen mehr, eben nicht mehr da sein.

Pat.-Nr.		Antwort
7	:	Nichts. Mir war eben alles egal. Schlechter als im Leben konnte es nicht sein, dachte ich.
8	:	Ich habe gedacht, daß ich tot bin.
9	:	Ich wäre tot.
10	:	Dann wäre ich endlich tot.
11	:	Ich dachte, daß ich nichts mehr merke.
12	:	Nur tot. Doch vom Tod habe ich keine Vorstellungen.
13	:	Nichts. Ich hätte eben keine Probleme mehr.
14	:	Endlich Ruhe, keinen Streit.
15	:	./.
16	:	Alles ist absolut ruhig, leise, keine Hektik, kein Streß, keine Anforderungen mehr.
17	:	Ruhe.
18	:	Ich wäre tot.
19	:	In den Himmel kommen.
20	:	Wir wären tot. Erleichterung.
21	:	Keine Vorstellung.
22	:	./.
23	:	Ich wäre frei und ohne Sorgen und Probleme.
24	:	Ruhe. Ich falle keinem mehr zur Last, Frieden, keine Probleme.
25	:	./.
26	:	Dann bin ich irgendwo im Himmel oder wo man dann ist, eine zeitlang, und dann werde ich wiedergeboren. Entweder ist es dann besser oder schlechter.
27	:	Daß ich von allem nichts mehr mitkriege, keinen Ärger mehr, keine Probleme mehr.
28	:	Dann wäre ich tot. Vielleicht danach ein schöneres Leben, in dem sich alle Menschen lieben.
29	:	Daß ich endlich meine Ruhe hätte.
30	:	Daß ich sterben werde und ein paar aufatmen.
31	:	Aus dem Problemkreis raus, endlich Ruhe. Ich wollte endlich weg von den ganzen Belastungen.

Pat.-Nr.		Antwort
32	:	Ich wollte immer gerettet werden, und ich wußte auch, daß ich nicht sterben würde. Ich dachte, daß man mich dann erst ernstnimmt und versteht.
33	:	Ich wäre dann tot, dann würde ich begraben werden.
34	:	Daß ich meinen Eltern, Freunden, Clique Unrecht getan habe.
35	:	Dann bin ich tot.
36	:	Befreiung, Leichtigkeit.
37	:	Meine Mutter würde meinen Freund akzeptieren, und mein Freund würde merken, daß ich ihn brauch'.
38	:	Nach einem Selbstmord wäre ich tot.
39	:	Ich glaube an ein weiteres Leben nach dem Tode. Ich würde den für mich bestimmten Weg verkürzt (durch Selbstmord) weitergehen.
40	:	Daß ich dann tot wäre.

Faßt man diese Aussagen der 35 Patienten (keine Aussagen machten 3 Patienten und keine inhaltlichen Angaben 2 Patienten) summarisch zusammen, so stellt sich folgendes dar:
1 Patient von 35 betont explizit, daß er das "Totsein" ausgeschlossen und den Suizidversuch als ein Mittel zum Zweck angesehen habe. Ein anderer Patient impliziert diese Annahme, indem er als Folge des suizidalen Tuns Einstellungsänderungen bei den Bezugspersonen erwartet.
Demgegenüber stehen die Äußerungen von 15 Patienten, die den Tod bzw. das Sterben ausdrücklich benennen. Wenn auch bei 4 Patienten in ihren Äußerungen der Tod keinen Endgültigkeitscharakter hat, so dürfen wir doch nach einer Untersuchung von LARBIG davon ausgehen, daß die Todesvorstellungen Jugendlicher der der Erwachsenen vergleichbar ist, daß für sie "der Tod endgültig ist" und Jugendliche die Fähigkeit besitzen, "die Tragik des Todes zu erleben" (LARBIG 1974).

Unterteilt man die 35 Aussagen hinsichtlich ihrer Zielvorstellungen, so überwiegt mit 14 Äußerungen jener Anteil, bei dem unklare Zielvorstellungen zum Ausdruck kommen.
12 Antworten beziehen sich auf die erstrebte,veränderte,innere Wirklichkeit und 8 Antworten auf eine veränderte,äußere Wirklichkeit. Ein Patient äußert Selbstvorwürfe - autoaggressive Impulse - .

Bei 17 der 35 Patienten werden Fluchttendenzen unterschiedlicher Ätiologie offenbar. Diese Fluchttendenzen entspringen Erlebnisweisen der Hilflosigkeit, Haltlosigkeit oder Hoffnungslosigkeit. Diese Patienten gehen davon aus, daß nach der Suizidhandlung etwas nicht mehr sei, mit dem sie in der Vergangenheit nicht umzugehen wußten. Sie bewegen sich primär nicht auf etwas zu,sondern von etwas weg.

Die suizidalen Vorstellen, die Motive in Form begleitender Kognitionen, offenbaren, wie es die Aussagen der 35 Patienten belegen, folgende Merkmale:

a) Sie können sich auf die Ausgangssituation oder Zielsituation einer suizidalen Handlung beziehen.
b) Sie können die äußere oder innere Wirklichkeit betreffen.
c) Die Ausgangs- und Zielsituation mit den jeweiligen Wirklichkeiten können sich legieren.
d) Enthalten die Kognitionen postsuizidale Interaktionsvorstellungen von der eigenen Person, entbehren sie des Todes als Teil der finalen Orientierung .
e) Erlebnisweisen im Sinne der depressiven Trias von Hilf-,Halt- und Hoffnungslosigkeit kennzeichnen die Situationen mit den entsprechenden Wirklichkeiten.
f) Fremd- und selbstbezogene aggressive Impulse können sich auf die Ausgangs- und Zielsituationen beziehen.

II.4.7.2. Motivstruktur

Um die komplexe Struktur der Motive zu erfassen, waren den Patienten 35 Kognitionen vorgegeben, anhand derer ein Nachvollzug der eigenen

begleitenden Kognitionen möglich erscheint. Im einzelnen enthalten die Kognitionen folgende Merkmale und Elemente (siehe dazu Seite 8-10 des Fragebogens im Anhang, Frage 36).

Kog. Nr.	Ausg. Sit.	Ziel Sit.	Aggression fremd	Aggression selbst	Wirklichk. innen	Wirklichk. außen	Depr. Trias Halt.	Depr. Trias Hilf.	Depr. Trias Hoff.
1	x					x	x		
2	x					x	x		
3	x					x	x		
4	x					x	x		
5	x				x	x			x
6	x					x	x		
7	x					x	x		
8	x					x	x		
9		x			x	x			x
10	x					x			x
11	x				x			x	
12		x				x			x
13		x			x	x			
14		x							x
15		x		x		x			
16	x		x			x			
17		x	x		x				
18		x	x			x			
19		x	x			x			
20		x	x			x			x
21		x				x			x
22		x			x	x			x
23		x				x			x
24		x		x		x			
25		x			x	x		x	
26		x	x		x			x	
27		x				x			x
28		x				x			x
29	x				x	x		x	
30		x				x			x
31	x				x	x		x	
32	x			x	x			x	
33	x			x		x		x	
34	x			x		x		x	
35	x			x	x				
Σ			6	6	12	29	7	8	12
Σ	17	18	12		41		27		

Tabelle 19 : Häufigkeiten und Kombinationen der Motivelemente, aus denen die 35 Kognitionen bestehen.

Das Merkmal "Situation" mit den beiden Valenzen - Ausgang und Ziel - ist in allen 35 Kognitionen enthalten. "Aggression" tritt in 12 Kognitionen auf, das Merkmal "Wirklichkeit" in allen 35, davon in 6 Fällen mit den beiden Valenzen "äußere und innere Wirklichkeit" simultan. In 27 der Kognitionen ist die depressive Trias mit ihren jeweiligen Elementen - Halt-, Hilf-, Hoffnungslosigkeit - enthalten. Der Tod als implizite Vorstellung wird nur einmal in der Kognition Nr. 14 deutlich (in der Tabelle nicht angegeben).

Die 35 Kognitionen wurden in folgender Häufigkeit nach der Antwortkategorie a ("Das habe ich so gedacht") und b ("Das könnte ich gedacht haben") gewählt .

Wahlhäufigkeit der Kognitionen nach den Antwortmustern a und b

Lfd.Nr.	Kognitions-Nr.	Antwortkategorie a	Antwortkategorie b	Antwortkategorie a + b	Häufigkeit % (N = 40 = 100%)
1	13	25	5	30	75
2	9	23	2	25	62,5
3	25	22	3	25	62,5
4	12	18	4	22	55
5	15	18	2	20	50
6	21	17	3	20	50
7	5	17	2	19	47,5
8	14	16	3	19	47,5
9	34	15	4	19	47,5
10	1	15	3	18	45
11	24	13	3	16	40
12	11	13	3	16	40
13	18	13	2	15	37,5
14	23	13	2	15	37,5
15	32	11	2	13	32,5
16	10	10	3	13	32,5
17	2	10	1	11	27,5
18	29	10	1	11	27,5
19	22	9	2	11	27,5
20	3	9	1	10	25
21	4	7	3	10	25
22	8	7	2	9	22,5
23	6	7	1	8	20
24	35	7	1	8	20
25	7	6	1	7	17,5
26	27	6	1	7	17,5
27	31	6	1	7	17,5
28	17	6	1	7	17,5
29	28	5	1	6	15
30	19	4	1	5	12,5
31	26	4	0	4	10
32	33	3	1	4	10
33	16	3	1	4	10
34	20	2	1	3	7,5
35	30	2	1	3	7,5

Tabelle 20 : Häufigkeit der von den Patienten gewählten Kognitionen nach Antwortkategorie und prozentualer Häufigkeit der Patienten, die die Kognitionen nach den Antwortkategorien a oder b wählten und Σ a+b

Die um die Antwortmodalität b des Fragebogens erweiterten Häufigkeiten waren notwendig, da 3 Patienten bei der Antwortkategorie a keine Kognition als für sie zutreffend ankreuzten. Durch die Hinzufügung der Antwortkategorie b ergibt sich keine systematische Änderung der Häufigkeiten, da die Reihungen nach Häufigkeit miteinander hochsignifikant korrelieren (r = .99) (Rangkorrelation nach SPEARMAN).
Aus der Streuung der Listenplätze der Kognitionen ist die Annahme berechtigt, daß ein Positionseffekt bei der Wahl der Kognitionen keine ausschlaggebende Rolle gespielt hat.

Analysiert man die "typischen" Kognitionen, die mindestens von der Hälfte der Patienten als für sie zutreffend angekreuzt wurden, Nr. 13,9, 25,12,15 und 21, offenbaren sich folgende Charakteristika: In Kognition Nr. 13 - "ich will endlich meine Ruhe haben" - und Nr. 25 - "danach habe ich keine Probleme mehr" - tritt der Wunsch nach Entlastung und Ruhe als allgemeiner Zielzustand deutlich in den Vordergrund, ebenso wie die Abwehr von Erlebnisweisen der Hilflosigkeit.

In Kognition Nr. 9 - "das Leben ist sowieso sinnlos" - , in Nr. 12 - "es wird sich nie etwas bessern" - und Nr. 21 - "danach wird alles besser werden" - wird die Bedeutung der Erlebnisweise der Hoffnungslosigkeit bzw. deren Abwehr manifest. BECK stellte die Hoffnungslosigkeit als den sichersten Indikator für Suizidalität heraus. Alle Patienten bis auf einen (Patient Nr. 34) wählen eine der 11 Kognitionen, die das Element "Hoffnungslosigkeit" enthalten (s. Tab. 19).
In Kognition Nr. 15 - "danach falle ich keinem mehr zur Last" - manifestiert sich selbstbezogene Aggressivität und Selbstbestrafung als Motiv.

Darüber hinaus wird überaus deutlich, daß das primäre Motivgefüge Zielsituationen sind. Alle 6 Kognitionen (13,9,25,12,15 und 21), die mindesten von der Hälfte der Patienten gewählt wurden und die zusammen 32,3% aller gewählten Kognitionen ausmachen, implizieren eine Zielsituation.

Jene Kognitionen, die von weniger als einem Viertel der Patienten gewählt wurden, Nr. 8,6,35,7,27,31,17,28,19,26,32,16,20 und 30 gemäß der Rangreihe,

beziehen sich entweder auf spezifische Ausgangssituationen (Nr. 6,7,8, 31,33) oder spezifische Zielsituationen (Nr. 27,28,30) und/oder bergen ein deutliches Maß an fremd- oder selbstbezogener Aggressivität (Nr. 16,17,19,20,26,35). Gemäß ihrer Spezifität und der enthaltenen Aggressivität erlangen sie nur für einen Teil der Patienten Valenz.

Zur Überprüfung der Auswahlzuverlässigkeit der Kognitionen war unter Frage 44 des Fragebogens eine modifizierte Wahlmethode der Kognitionen vorgegeben.
Die Häufigkeitsrangreihe der durch diesen Wahlmodus hergeleiteten Kognitionen korreliert signifikant auf dem 1%-Niveau (r = .453) (Rangreihenkorrelation nach SPEARMAN) mit der unter Frage 36 erzielten Rangreihe. Dieses Ergebnis aus der veränderten Auswahlmodalität in Frage 44 bestätigt die zuvor dargelegte Aussage, daß ein Positionseffekt in der Auswahl der Kognitionen keine Rolle gespielt hat.

Analysiert man die gewählten Kognitionen in Bezug auf die enthaltenen Motivelemente, so ergibt sich folgendes:
Die Kognitionen, in denen Hoffnungslosigkeit zum Ausdruck gebracht wird, werden überzufällig häufiger genannt als jene, in denen Hilf- bzw. Haltlosigkeit gegeben ist.
Kognitionen zur Haltlosigkeit werden nur 73 x gewählt (erwarteter Wert 87 x). Kognitionen der Hilflosigkeit werden nur 102 x bei erwarteten 111 x gewählt, hingegen159 Kognitionen zur Hoffnungslosigkeit gewählt wurden (erwarteter Wert 136).
Diese Abweichung ist signifikant. Chi-Quadrat = 6.87 (Signifikanzniveau 1%).

In gleicher Weise werden signifikant mehr Kognitionen mit autoaggressiven Vorstellungen gewählt als jene mit aggressiven. Bei jeweils 59 erwarteten Wahlen zur autoaggressiven und fremdbezogenen Aggressivität werden 38 x Kognitionen fremdbezogener Aggressivität gegenüber 80 mit autoaggressiven Vorstellungen gewählt (Chi-Quadrat = 13,33).

Auch die differenten situationsbezogenen Kognitionen weichen überzufällig voneinander in der Häufigkeit ab. Es werden häufiger Kognitionen gewählt,

die sich auf die Zielsituation der Suizidhandlung beziehen als auf die Ausgangssituation. Das Verhältnis ist 251 : 184, daraus resultiert ein Chi-Quadrat von 6.70, ein Wert, der auf dem 5%-Niveau signifikant ist.

Die Differenz zwischen der Häufigkeit der gewählten Kognitionen unter dem Aspekt der inneren und äußeren Wirklichkeit ist zufällig, d.h., es werden gleichermaßen Kognitionen der inneren und äußeren Wirklichkeit wirksam. Allenfalls tendenziell läßt sich aus den sechs häufigsten Kognitionen eine Betonung der äußeren Wirklichkeit als Komponente der Zielsituation herleiten. In allen sechs Kognitionen ist die äußere Wirklichkeit - Personen-Umwelt-Bezug - angesprochen. Nur in drei dieser Kognitionen wird die innere Wirklichkeit - das Selbsterleben - erfaßt.

Das Resultat der Analyse der gewählten Kognitionen ist ein "suididales Grundmuster", das durch folgende Elemente gekennzeichnet ist:
Hoffnungslosigkeit, der es zu entgehen gilt in der angenommenen Zielsituation, die Entlastung von Sorgen und Problemen verspricht, begleitet von
Selbstvorwürfen und Selbstbestrafungstendenzen.

Dieses Grundmuster aus Hoffnungslosigkeit, Zielsituation und Autoaggression offenbart sich in den 6 überdurchschnittlich häufig als zutreffend genannten Kognitionen Nr. 13,9,25,12,15 und 21;
Nr. 13 : "Ich will endlich meine Ruhe haben."
Nr. 9 : "Das Leben ist sowieso sinnlos."
Nr. 25 : "Danach habe ich keine Probleme mehr."
Nr. 12 : "Es wird sich nie etwas bessern."
Nr. 15 : "Danach falle ich keinem mehr zur Last."
Nr. 21 : "Danach wird alles besser werden."

In der suizidalen Handlung wird ein Mittel gesehen, der Hoffnungslosigkeit zu entgehen, Entlastung zu finden von einer unerträglichen äußeren Wirklichkeit, der man sich hilflos ausgeliefert sieht. Die suizidale Handlung soll eine verbesserte, vor allem äußere Wirklichkeit in der Zukunft bringen.

Die Motivmerkmale mit ihren dazugehörigen Elementen können in unterschiedlichen quantitativen Ausprägungsgraden den Zielzustand einer Suizidhandlung prägen.
Die quantitative Erfassung der Motivelemente birgt größere methodologische Schwierigkeiten als der qualitative Nachweis. Eine quantitative Annäherung und Abschätzung der Valenzen von Motivelementen ergibt sich aus der Häufigkeit der Wahl bestimmter Kognitionen.

II.4.7.3. Motivstruktur der Patienten der Untersuchungsgruppe

Von den 40 Patienten wurden 372 Kognitionen als diejenigen bezeichnet, die für die Suizidhandlung kennzeichnend waren. Diese 372 Kognitionen wurden nach dem Modus a - "Das habe ich so gedacht" - ausgewählt.
3 Patienten gaben unter diesem Wahlmodus keine Nennungen ab, so daß nach dieser Antwortmodalität 9,3 Kognitionen von jedem einzelnen Patienten als für ihn "typisch" gewählt wurden.
Erweitert man die Wahl der Kognitionen um den Modus b - "Das könnte ich gedacht haben" - ergeben sich 440 Nennungen, das sind 11 Kognitionen pro Patient (siehe Tab. 21). Dem jeweiligen arithmetischen Mittel, je nach Antwortenhäufigkeit, unterliegt ein Antworten-range von 0 bis 23 nach Wahlmodus a und ein range von 4 bis 23 nach Wahlmodus a + b.
Die interindividuellen Differenzen in der Anzahl der möglicherweise zutreffenden oder als zutreffend bezeichneten Kognitionen sind auf zwei Ursachen zurückzuführen:

1. Die Patienten haben einen unterschiedlichen Grad von "Offenheit" in der Beantwortung der Frage.
2. Ein unterschiedlicher Grad bewußter Auseinandersetzung mit der Gesamtproblematik der eigenen Tat und den Teilbereichen Motivation und Motiv bedingt ein entsprechendes Maß an Identifikation mit den vorgegebenen Kognitionen - soweit keine teilweise, retrograde Amnesie als Intoxikationsfolge vorliegt.

Vergleicht man das Antwortverhalten der Gesamtgruppe zu diesem Fragenkomplex mit dem Antwortverhalten zu Frage 19 (Problembereiche), so zeigt sich eine interessante Parallele. Der Grad der Problembelastung

korreliert mit der Anzahl der als zutreffend bezeichneten Kognitionen. Eine entsprechende Rangkorrelation ist mit einem r = .4325 (1%-Niveau) hochsignifikant. Das bedeutet, soweit die Patienten "offen" sind und die Tatumstände nicht abwehren (im Sinne Anna FREUD's), daß die Vielgestaltigkeit der Problembereiche eine Entsprechung in der Vielgestaltigkeit der Kognitionen hat und vice versa.

Zahl der von den Patienten gewählten Kognitionen

Pat.-Nr.	Wahlmodus a	Wahlmodus b	Wahlmodus a + b
1	1	7	8
2	22	0	22
3	23	0	23
4	1	7	8
5	0	5	5
6	8	0	8
7	10	0	10
8	15	0	15
9	0	6	6
10	5	8	13
11	9	0	9
12	10	0	10
13	21	0	21
14	12	0	12
15	16	0	16
16	13	0	13
17	23	0	23
18	16	0	16
19	7	0	7
20	6	0	6
21	0	4	4
22	19	0	19
23	7	0	7
24	14	0	14
25	3	1	4
26	9	0	9
27	14	0	14
28	5	3	8
29	8	0	8
30	8	0	8
31	9	0	9
32	2	4	6
33	9	0	9
34	9	0	9
35	2	11	13
36	13	0	13
37	6	0	6
38	10	0	10
39	5	5	10
40	2	7	9
E	372	68	440
M	9,3	1,7	11
s	6,0		5,3
range	0-23		4-23

Tabelle 21 : Zahl der Kognitionen von den einzelnen Patienten der Untersuchungsgruppe, die nach den beiden Wahlmodi ausgewählt wurden.

Geht man von den Antworthäufigkeiten nach Wahlmodus a + b aus, mit einem arithmetischen Mittel von 11 Antworten und einer Standardabweichung von 5,3, so geben 5 Patienten (Nr.2.3.13.17.22) überdurchschnittlich viele Kognitionen als zutreffend an. 3 Patienten (Nr. 5,21,25) benennen unterdurchschnittlich wenige Kognitionen. Bezieht man die im Grenzbereich des Durchschnitts der Antworthäufigkeit liegenden Patienten, die 16 bzw. 6 Kognitionen wählten, mit ein, so ergibt sich folgende Dreiteilung nach der Anzahl der gewählten Kognitionen:

Gruppe 1 : 7 Patienten (Nr.2,3,13,15,17,18,22) geben überdurchschnittlich viele, 16 und mehr, Kognitionen als zutreffend oder potentiell zutreffend an.

Gruppe 2 : 26 Patienten geben eine für die Untersuchungsgruppe durchschnittliche Zahl von Kognitionen an, 7 bis 15.

Gruppe 3 : 7 Patienten (Nr.5.9.20,21,25,32,37) bezeichnen eine unterdurchschnittliche Zahl von Kognitionen, 4 bis 6, als zutreffend oder möglicherweise zutreffend.

Die zuvor benannte Obereinstimmung von der Vielgestaltigkeit der Problembereiche und der als zutreffend gewählten Kognitionen läßt sich in der Zugehörigkeit der Patienten zur Gruppe 1 und Gruppe 3 wiederfinden. Von den 7 Patienten mit überdurchschnittlich vielen Kognitionen weisen 4 (Nr.3.13.15.17) auch ein überdurchschnittliches Maß an Problembelastungen auf, ihr individueller Benotungsdurchschnitt für die einzelnen Problembereiche ist größer als 3,9.Die Patienten Nr. 2 und 18 weisen ein im oberen Durchschnittsbereich liegendes Maß an Problembelastung auf, und nur Patient Nr. 22 benennt eine durchschnittliche Problembelastung.

Von den 7 Patienten, die eine unterdurchschnittliche Anzahl von Kognitionen angeben, weisen 3 (Nr.9,20,25) ebenfalls eine unterdurchschnittliche Problembelastung auf, einen Bewertungsdurchschnitt der Probleme, der kleiner als 1,7 ist. 3 andere Patienten (Nr. 5,32,37) erlebten ihre Problembelastung als, gemessen am Gesamt der Gruppe, durchschnittlich, während der Patient Nr. 21 eine überdurchschnittliche Problembelastung aufweist, einen diametralen Bezug von Problembelastung und Kognitionsumfang.

Um weitere Bezüge möglicherweise Bedingungsgefüge zwischen individueller Motivstruktur, die von dem suizidalen Grundmuster abweicht, motivationalen Variablen und ätiologischen Faktoren herstellen zu können, wurden die gewählten Kognitionen clusteranalytisch gruppiert.

Die clusteranalytische Gruppierung erfolgte anhand einer visuellen Analyse des Dendrogrammes (siehe Anhang 4) und des Ähnlichkeitsmaßes d. Es lassen sich 8 sinnvolle Kognitionsklassen aufzeigen. Das durchschnittliche Distanzmaß d aller möglichen Cluster beträgt 396,6 (s. Tab. 22 im Anhang S.112). Neben den Grundmustern der Suizid-Motivstruktur - Hoffnungslosigkeit, die in ihrem Zielzustand den Aspekt der Entlastung, Befreiung von Problemen birgt, einhergehend mit autoaggressiven Vorstellungen - werden in den jeweiligen Clustern folgende Motivstrukturen in ihren Elementen deutlich.

C 1 d = 268,5, N = 4 (Pat.Nr.1,10,11,33)
Die Motivstruktur dieser Patienten wird durch eine starke Betonung der Zielsituation akzentuiert. Sie versuchen, einer ausgeprägten Hoffnungslosigkeit zu entrinnen. Daneben tritt das Erleben von Hilflosigkeit. Diese Hilflosigkeit geht mit aggressiver Ambivalenz einher, d.h., fremd- und selbstbezogene aggressive Orientierung bei Betonung fremdbezogener Aggressionen. Probleme der Haltlosigkeit haben für diese Patientengruppe keine Valenz.

C 2 d = 323,12, N = 16 (Pat.Nr.2,3,7,8,13,14,15,16,17,18,22,24,27, 30,35,36)
Die Patienten dieses Clusters erfahren Hoffnungslosigkeit in enger Verbindung mit Halt- und Hilflosigkeit, die sowohl auf die Ausgangs- wie auch auf die Zielsituation bezogen ist. Autoaggressive Vorstellungen überwiegen deutlich gegenüber fremdbezogenen, aggressiven Impulsen. Die Patienten erleben die präsuizidale Situation als ausweglos sowohl im Hinblick auf die innere wie auch die äußere Wirklichkeit und erhoffen Entlastung und Befreiung von Problemen. In diesem Cluster sind alle 7 Patienten, die ein überdurchschnittliches Maß an Kognitionen genannt haben, 16 und mehr Kognitionen, erfaßt.

C 3 d = 309,5, N = 5 (Pat.Nr.4,9,26,28,38)
Bindungsproblematik, d.h. Haltlosigkeit in der Ausgangssituation und darauf bezogene autoaggressive Impulse stehen bei den Patienten dieses Clusters im Vordergrund. Zielprojektionen fehlen weitestgehend ebenso wie fremdbezogene Aggressionen.

C 4 d = 297,25, N = 5 (Pat.Nr.12,29,31,37,39)
Haltlosigkeit in Verbindung mit dem Erleben der Hilflosigkeit, aus der heraus die Umwelt ihren Aufforderungscharakter verloren hat, lassen bei den Patienten dieser Gruppe die Suizidtat zu der einzigen Möglichkeit erwachsen, eine positive Veränderung zu erreichen. Trotz intensiv erlebter Haltlosigkeit suchen sie, durch die suizidale Handlung emotionale Nähe zu erlangen.

C 5 d = 444,4, N = 2 (Pat.Nr.5,6)
Diese beiden Patienten hegen deutliche Änderungsintentionen in Hinsicht auf ihre Hilflosigkeit, die für sie von zentraler Bedeutung ist. Beide Patienten weisen keinerlei autoaggressive Kognitionen auf.

C 6 d = 358,5, N = 3 (Pat.Nr.19,20,23)
Hoffnungslosigkeit mit Hilflosigkeit gepaart, in Verbindung mit einer Zielorientierung, daß Besserung durch die suizidale Handlung eintritt,und ein hohes Maß fremdbezogener, aggressiver Vorstellungen bei geringer autoaggressiver Dynamik akzentuieren die Motivstruktur dieser drei Patienten.

C 7 d = 202, N = 3 (Pat.Nr.32,34,40)
Zentrales Element dieser Patienten ist tief empfundene Haltlosigkeit als Einsamkeitserleben, das sich mit erheblichen bivalenten Aggressionsvorstellungen liiert. Diese drei jugendlichen Suizidenten weisen die stärkste Ausprägung von gleichermaßen fremd- und selbstbezogenen Aggressionen auf.

C 8 d = 333, N = 2 (Pat.Nr.21,25)
Diese beiden Patienten weisen mit 4 Kognitionen die geringste Zahl von Kognitionen auf. Sie erleben die Suizidtat als Fluchtverhalten

mit prospektiver Besserungserwartung. Aufgrund der geringen Zahl von Kognitionen läßt sich das Grundmuster der Suizid-Motivstruktur bei ihnen nicht nachweisen.

In Untersuchungen zur Motivstruktur von Suizidenten wird der Motivbegriff sehr different gebraucht, nicht als "Zielvorstellung", sondern häufig als "Problembereich". So zählt z.B. LUNGERSHAUSEN (1968) unter Motiv folgendes auf:"Endogene Psychosen, Suchtkrankheit, Homosexualität etc." In anderen Arbeiten, in denen der Motivbegriff neben der vorliegenden Untersuchung vergleichbar definiert ist, verbleiben die Resultate in pauschalierender Betrachtung. McCULLOCH und PHILIP (1970) betonen, daß vereinsamte, den Lebensumständen und dem sozialen Umfeld wenig Beachtung schenkende Personen ein hohes Maß an "extrapunitive Hostility" aufweisen, hingegen andere Personen, die als ängstlich beschrieben werden, im Suizidversuch ein Mittel der sozialen Annäherung sehen. REIMER et al. (1981) betonen, daß "etwa 1/6 der Patienten glaubte, die Umgebung würde schockiert reagieren" und als Reaktion auf diesen Schock sich des Suizidenten mit seinen Problembereichen annehmen. Die der Suizidtat unterliegende Zielvorstellung betont auch SIFNEOS (1981), wenn er in der Suizidtat "a tendency to use suicide in order to manipulate others" erblickt.

Therapeutische und präventive Maßnahmen bei vorliegender Suizidalität erfordern eine daillierte Analyse der individuellen Motivstruktur, der Motivation und ihrer Vorgeschichte. Eine "Life-event-Untersuchung", wie sie vor allem in der angloamerikanischen Suizidforschung vertreten wird, - COCHRANE, ROBERTSON, PAYKEL, DOHRENWEND- erweist sich für therapeutische Fragestellungen als irrelevant."Even a detailed study of the total life situation fails to produce simple guide lines to treatment" (McCULLOCH 1970). Alleinige Life-event-Untersuchungen "sind häufig bloßes" Alltagswissen im Sinne PIEL's. Eine detaillierte Motiv- und Motivationsanalyse in ihrem Bezug zur psychosozialen Entwicklung des Individuums vermag eine Antwort auf KREITMAN's Frage:"Why people engage in it" (1974) zu geben. Sinngemäß müssen die Einzelergebnisse der vorliegenden Untersuchung in einer Zusammenschau betrachtet werden.

II.4.8. Zusammenschau und Gesamtbetrachtung der Ergebnisse

II.4.8.1. Motivstruktur und Symptomatik

Die differenten Motivstrukturen der Patienten lassen differente motivationale Bedingungsvariablen erwarten.
Vergleicht man die Motivklassifikation mit den jeweiligen Klassifikationen, die anhand der Determinanten des Motivationsprozesses möglich sind, ergeben sich folgende Obereinstimmungen bzw. Differenzen.

Betrachtet man die Zugehörigkeit der 40 Patienten der Untersuchungsgruppe "Motivation" zu den jeweiligen Symptomclustern, wie sie schon dargestellt wurden, so zeigt sich eine nur geringgradige Obereinstimmung zwischen Symptomatik und Motivstruktur. Der Anschaulichkeit halber sei die Zuordnung der Patienten zu den jeweiligen Clustern noch einmal dargestellt.(Von den 40 Patienten der Untersuchungsgruppe entfiel keiner unter das Symptomcluster 3).

Symptomcluster 1 :	Depressive Symptomatik
	Pat.Nr.3,8,10,11,12,13,14,17,18,23,32,34,38,40
	N = 14
Symptomcluster 2 :	Soziale Auffälligkeiten
	Pat.Nr. 39
	N = 1
Symptomcluster 4 :	Verwahrlosungssyndrom
	Pat.Nr. 4
	N = 1
Symptomcluster 5 :	Verwahrlosung und aggressive Symptome
	Pat.Nr. 2,5,6,7,15,16,19,20,22,24,26,28,29,36,37
	N = 15
Symptomcluster 6 :	Psychosomatische Symptome neben anderen
	Pat.Nr. 27
	N = 1
Symptomcluster 7 :	Primär psychosomatische Beschwerden
	Pat.Nr.1,25,30,33
	N = 4

Symptomcluster 8 : Konversions- und Angstsymptome
Pat.Nr.1,35,
N = 2

Symptomcluster 9 : Patienten mit Angstsymptomatik
Pat.Nr.9,31
N = 2

Kognitionscluster 1 : Hilf- und Hoffnungslosigkeit
Pat.Nr.1,10,11,33
N = 4

Kognitionscluster 2 : Halt-,Hilf- und Hoffnungslosigkeit
Pat.Nr.2,3,7,8,13,14,15,16,17,18,22,24,27,30,35,36
N = 16

Kognitionscluster 3 : Haltlosigkeit und Autoaggressivität
Pat.Nr.4,9,26,28,38
N = 5

Kognitionscluster 4 : Haltlosigkeit mit positiver Zielvorstellung
Pat.Nr. 12,29,31,37,39
N = 5

Kognitionscluster 5 : Hilflosigkeit mit positiver Zielprojektion
Pat.Nr.5,6
N = 2

Kognitionscluster 6 : Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit mit fremdbezogener Aggressivität
Pat.Nr.19,20,23
N = 3

Kognitionscluster 7 : Haltlosigkeit mit bivalenter Aggressivität
Pat.Nr.32,34,40
N = 3

Kognitionscluster 8 : Kognitionen der prospektiven Besserung
Pat.Nr.21,25,
N = 2

Zwei Patienten (10,11) des Kognitionsclusters 1 gehören symptomatologisch zum Cluster 1 (Depressive Symptomatik). Die beiden anderen Patienten (1,32) sind dem Symptomcluster 7 (Psychosomatische Beschwerden) zuzuordnen.

6 Patienten des Kognitionsclusters 2 (3,8,13,14,17,18) entsprechen unter symptomatologischer Betrachtung dem Symptomcluster 1. 8 weitere Patienten (2,7,15,16,22,24,26,30) fallen in das Symptomcluster 5 (Verwahrlosung und aggressive Symptome). Die 3 anderen Patienten des Kognitionsclusters 2 (27,30,35) sind jeweils unterschiedlichen Symptomclustern (6,7,8) zugeordnet.

Aus dem Kognitionscluster 3 sind nur 2 Patienten (26,28) gemeinsam einem Symptomcluster (5 ; Verwahrlosung und aggressive Symptomatik) zuzuordnen. Die 3 anderen Patienten sind symptomatologisch nicht gemeinsam erfaßbar. Sie weisen in einem Fall eine depressive Symptomatik und im anderen Falle ein Verwahrlosungssyndrom und der fünfte Patient eine Angstsymptomatik auf.

Ebenfalls nur 2 Patienten (29,37) des Kognitionsclusters 4 gehören einem Symptomcluster, dem Cluster 5 an. Die 3 anderen Patienten weisen ganz ähnlich denen des Kognitionsclusters 3 eine depressive, eine Angstsymptomatik und soziale Auffälligkeiten auf.

Die Patienten des Kognitionsclusters 5 sind hingegen beide dem Symptomcluster 5 zuzuordnen, ebenso wie die beiden Patienten 19 und 20 des Kognitionsclusters 6. Der dritte Patient des Kognitionsclusters 6 hat eine depressive Symptomatik.

Die 3 Patienten des Kognitionsclusters 7 haben eine depressive Symptomatik und sind alle 3 dem Symptomcluster 1 zugeordnet. Die beiden Patienten des Kognitionsclusters 8, die die geringste Zahl von Kognitionen, jeweils 4, aufweisen, haben symptomatologisch psychosomatische Beschwerden und fallen in Symptomcluster 7 .

Aus diesen sich überschneidenden Zugehörigkeiten der jugendlichen Suizidenten zum differenten Motiv und Symptomcluster läßt sich folgende Annahme herleiten:
Ein verläßlicher Schluß von der Symptomatik auf die Motivstruktur bei jugendlichen Suizidenten ist unzulässig.
Die Symptomatik gibt Aufschluß darüber, mit welchen Mitteln ein Jugendlicher einen für ihn erträglichen Personen-Umwelt-Bezug anstrebt und seine aus der psychopathologischen Entwicklung oder aktuellen krisenhaften Situation resultierende Angst abzuwehren versucht. Die Symptomatik als Mittel der psychischen Stabilisierung hat sich bei suizidalen Jugendlichen als unzureichend erwiesen. Das "Fluchtsyndrom" (s.S.78) der Jugendlichen birgt differente Zielzustände, Motive, auf die zwar via unterschiedliche, prävalierende Symptomatik geschlossen werden kann, jedoch besteht keine Übereinstimmung von Symptomkombinationen und Motivstruktur. So kann z.B. der Versuch der Abwehr erlebter Einsamkeit (Haltlosigkeit) im Suizidversuch mit der Hoffnung auf emotionale und soziale Annäherung sowohl Folge eines psychodynamischen Prozesses bei einem symptomatologisch als "verwahrlost" geltenden Jugendlichen sein wie auch eines "depressiven".
Die Symptomatik ist als ein Bestandteil der Diagnose von Valenz für die therapeutische Methode und die allgemeinen Rahmenbedingungen des Therapieprozesses; die individuelle Motivstruktur mit ihrer Genese fixiert eine der Zielsetzungen der Therapie.

II.4.8.2. Motivstruktur und soziale Determinanten

In bezug auf Alter, Bildungsstatus und Geschwisterpositionen weisen die Patienten der Motivcluster, bis auf jene des Clusters 5 (Pat.Nr.5,6), die beide Oberschülerinnen sind und erstes von zwei Kindern, keine clustertypischen, sozialdeterminierenden Gemeinsamkeiten auf.

Eine Clusteranalyse über die sozialen Determinanten für 40 Patienten legt eine achtteilige clusterbildende Einteilung nahe.
Diese Clusteranalyse stellt sich in ihrem Ergebnis wie folgt dar:

C 1 d = 327,5, N = 5
Pat.Nr.1,13,19,26,31

C 2 d = 304,5, N = 14
Pat.Nr.2,3,10,15,16,17,18,21,22,23,24,29,30,36

C 3 d = 278,0, N = 7
Pat.Nr.6,8,20,33,35,37,38

C 4 d = 240,0, N = 7
Pat.Nr.7,9,11,12,14,28,40

C 5 d = 625,0, N = 2
Pat.Nr.34,39

C 6 d = 273,0, N = 2
Pat.Nr.5,27

C 7 d = 333,3, N = 2
Pat.Nr.4,25

C 8 d = 147,0, N = 1
Pat.Nr.32

Vergleicht man die Zuordnung der Patienten zu den jeweiligen Clustern - soziale Determinanten und Motivstruktur - läßt sich nur eine Übereinstimmung finden. 10 Patienten der 14 des sozialen Clusters 2 (2,3,15,16,17,18,22,24,30,36) gehören dem Kognitionscluster 2 an. Ihre Zugehörigkeit zu dem sozialen Cluster 2 resultiert primär daraus, daß sie einem broken-home-Milieu entstammen und die Eltern-Kind-Beziehung als sehr konflikthaft erleben. Dies erklärt, daß ihre Motivstruktur durch die Trias Halt-,Hilf- und Hoffnungslosigkeit akzentuiert ist. Symptomatologisch angehören sie jeweils unterschiedlichen Symptomclustern. Eine depressive Symptomatik haben die Patienten 3,17,18. Eine aggressive Verwahrlosungssymptomatik zeigen die Patienten 2,15,16,22, 24,36. Patient 30 weist primär psychosomatische Beschwerden auf.

Dieses Teilergebnis stimmt mit der These GOLDBERG's (1981) überein, daß eine Separation von der Mutter vor der mittleren Adoleszenz das Suizidrisiko erhöhe.
Die vielfach dargelegte und explizit von ZIESE (1968) herausgestellte Annahme, daß ein "broken-home-Milieu" fremdbezogene Aggressionen fördere und vor autoaggressiven Impulsen schütze, läßt sich nur teilweise bestätigen. Denn jene 7 symptomatologisch als "aggressiv-verwahrlost" einzustufende Jugendliche weisen durch die Wahl der Kognitionen erhebliche autoaggressive Impulse und Selbstbestrafungstendenzen auf.
Die Untersuchungen HARTMANN's (1970) und eigene Untersuchungen (SCHMITZ 1981) zur Symptomatik und psychopathologischen Entwicklung dissozialer Jugendlicher belegen die erhöhte Suizidneigung verwahrloster Jugendlicher.

Über dieses Teilergebnis hinaus,daß ein broken-home-Milieu, instabile elterliche Ehen,einen die suizidale Dynamik disponierenden Stellenwert hat, geben die Daten keinen Hinweis auf eine unmittelbare Kausalbeziehung zwischen bestimmten sozialen Determinanten und der Motivstruktur jugendlicher Suizidenten. Soziale Determinanten sind Wirkfaktoren der Psychogenese für das Einstellungsmuster des Jugendlichen und seiner Symptomatik.

II.4.8.3. Motivstruktur und Problembelastung

Ein interindividueller Vergleich der Problembereiche und der Problembelastung war in dieser Untersuchung aufgrund methodischer Vorgehensweisen nicht möglich (s.Seite 94). Tendenziell besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der angegebenen Problembelastung und der Anzahl der Motivelemente, die in den gewählten Kognitionen zum Ausdruck kommen. Je stärker sich ein Jugendlicher problembelastet erlebt, desto mehr Motive macht er für eine suizidale Handlung geltend. In gleicher Weise erscheint eine geringgradige Problembelastung eine gringe Zahl genannter Motivelemente nach sich zu ziehen. Ein direkter kausaler Zusammenhang darf jedoch nicht angenommen werden.Denn zum einen beeinflußt der Grad

der Offenheit in der Beantwortung der Fragen diese "wenn-dann-Beziehung", und zum anderen sind Aggravationstendenzen und Abwehrmechanismen des Verdrängens, des Ungeschehenmachens nicht erfaßt worden. Diese Faktoren beeinflussen das Erleben von Problembelastung und die Auswahl der Kognitionen zur Suizidalität in einem nicht unerheblichen Maße.

II.4.8.4. Motivstruktur und Reaktionsmuster

Die Verflechtung von aggressiven und depressiven Reaktionsmustern und den Motiven, die der suizidalen Handlung eines Jugendlichen unterliegen, ist zu vielgestaltig, um eine lineare Beziehung aufzeigen zu können. Die suizidale Verhaltensweise ist eine auf die Situation und den Konfliktpartner bezogene spezifische Reaktion. Ob sie generalisiert und somit gehäuft auftritt bzw. zur prävalierenden Reaktionsmodalität wird, hängt von der Psychopathologie des betreffenden Jugendlichen und den Effekten vorausgegangener Handlungen gemäß der Motive ab. Tendenziell ist jedoch auch unter diesem Betrachtungsaspekt folgende Aussage erlaubt: Je depressiver ein Jugendlicher ist - im Sinne eingeengter Dynamik RINGELs und der depressiven Trias BECKs -, desto größer ist die suizidale Gefährdung. Diese Aussage wird durch die folgenden Resultate unterstützt.
Die beiden Patienten des Kognitionsclusters 5 (Pat.Nr. 5,6), bei denen die Hilflosigkeit im Vordergrund steht, weisen die Gemeinsamkeit auf, daß sie überdurchschnittlich offen ihre depressive Verstimmtheit auszudrücken vermögen, jedoch nicht ihre aggressive Verstimmung.
Ein gemeinsames Merkmal weisen auch die Jugendlichen auf, die überdurchschnittlich stark mit Rückzug und Verschlossenheit bei aggressiver und depressiver Verstimmung reagieren (Pat.Nr.2,16,22,30). Diese vier Jugendlichen fallen alle in das Kognitionscluster 2, das durch die depressive Trias im Sinne BECKs gekennzeichnet ist.

II.4.8.5. Motivstruktur und Problemlösungsmöglichkeiten

Problemlösungsmöglichkeiten bieten psychodynamische Entlastung in Konfliktsituationen und sind alternativ zur suizidalen Reaktion.
25 von den 40 Patienten der Untersuchungsgruppe benennen Ansprechpartner für Konflikt- und Problembelastungssituationen. In 23 Fällen sind dies altersgleiche Jugendliche und in zwei Fällen Eltern.
Um die Frage zu beantworten, welche Bedeutung diesen Ansprechpartnern zukommt, muß man die 25 Patienten nach ihrer Motivstruktur differenzieren.
13 der 25 Patienten (Pat.Nr.4,9,26,28,38,12,29,31,27,39,32,34,40) benennen primär Haltlosigkeit als motivierende Erlebnisweise und entfallen in die Kognitionscluster 3,4 und 7.
10 dieser 13 Patienten haben einen Ansprechpartner. Dieser ist jedoch bei 7 Patienten (Pat.Nr.26,27,38,12,31,32,39) auch aktueller Konfliktpartner und hat somit keine entlastende Funktion. Zwei Patienten (Pat.Nr.9,40) reagieren sowohl bei depressiven wie auch aggressiven Verstimmungszuständen mit Rückzugs- und Ablösungstendenzen und nähern sich ihrem potentiellen Ansprechpartner nicht. Sie weisen somit ebenfalls keine konfliktlösenden bzw. die Verstimmung reduzierenden Interaktionsmuster auf.
Dies bedeutet, daß trotz eines Ansprechpartners und daraus resultierender, scheinbar möglicher Entlastung diese nicht stattfindet. Dieses Resultat wird durch ein anderes Ergebnis verdeutlicht.
14 der 25 Patienten, die einen Ansprechpartner benennen, antworten auf Frage 27, daß sie mit jemandem über ihre Selbstmordgedanken gesprochen hätten. In allen Fällen sind die Ansprechpartner Mitglieder der Altersgruppe, und dennoch kommt es zur suizidalen Reaktion.
Betrachtet man von den 25 Patienten die verbleibenden 15 hinsichtlich ihrer vorherrschenden Motivelemente, dann entfallen 3 Patienten in das Kognitionscluster 1 (Pat.Nr.1.11.33), das durch Hilf- und Hoffnungslosigkeit gekennzeichnet ist. 8 Patienten (Pat.Nr.7,8,13,14,18,22,27,35) entfallen in das Kognitionscluster 2, das durch Halt-,Hilf- und Hoffnungslosigkeit gekennzeichnet ist, die depressive Trias. Zwei Patienten (Pat.Nr.5,6) entfallen in das Kognitionscluster 5, bei dem Hilflosigkeit

im Vordergrund steht und zwei Patienten in das Kognitionscluster 6 (Pat.Nr. 19,20), das durch Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, fremdbezogene Aggressivität akzentuiert wird.

Das Erleben von Hilflosigkeit, das bei allen 15 Patienten motivmäßig bedeutungsvoll ist, scheint durch einen Ansprechpartner nicht gemindert zu werden.

Wie geringgradig die Valenz von Ansprechpartnern hinsichtlich der Änderung der negativen Erlebnisweisen jugendlicher Suizidenten ist, mag folgendes Beispiel belegen.

Patient-Nr. 28, ein 16;11 Jahre altes Mädchen, das relativ "offen" seine depressiven Verstimmungen auszudrücken vermag, hat schon zwei Suizidversuche vor dem jetzigen unternommen. Vor dem jetzigen Suizidversuch sprach es mit dem Freund über dieses Vorhaben. Die Patientin versuchte,motivmäßig durch die Suizidtat ihrer erlebten "Haltlosigkeit" zu entgehen. Die Erlebnisweise der Haltlosigkeit resultierte aus Konflikten mit beiden Eltern, deren Ehe sie als harmonisch betrachtet und zu denen sie präadoelszent ein gutes Verhältnis hatte. Die Ablösung als Einzelkind im Rahmen der adoleszenten Verselbständigung erschien ihr außerordentlich belastend und im Rahmen dieser Problematik,"krisenhafter Pubertätsverlauf", entwickelte sie die Symptome Nr. 3,4,7,8,11 14,17,18 (s.Symptomliste im Anhang), denen zufolge sie als verwahrlost klassifiziert werden kann.
Die Verselbständigungs- und Loslösungsversuche der Patientin, die in den Symptomen manifest werden, führen zu massiven Konflikten mit den Eltern, aus denen heraus sie sich als haltlos erlebt. Diese Erlebnisweise ist durch den Freund als Ansprech- und Bindungspartner nicht zu mindern, da die ambivalente Bindungsmodalität zu den Eltern besteht und die so erlebte Haltlosigkeit durch den Freund nicht ausreichend kompensiert werden kann.
Ansprechpartner jugendlicher Suizidenten für Konflikt- und Problembelastungssituationen scheinen von geringer Valenz, weil sie die spezifische"Situation" und Konfliktkonstellation kaum zu ändern vermögen, solange sie nicht selbst unmittelbarer Konfliktpartner sind und als solcher erfahren sie die suizidale Dynamik kaum.

II.4.8.6. Motivstruktur und suizidale Vorgeschichte

Differenziert man nach der Dauer der suizidalen Absicht, dann weisen die Patienten des Kognitionsclusters 2 den deutlich größten Zeitraum suizidaler Intentionen auf. 7 der 16 Patienten (Pat.Nr. 3,14,16,17,22, 24,36) beschreiben eine seit mindestens 2 Jahren bestehende Suizidproblematik. Je deutlicher die depressive Trias in den Kognitionen hervortritt, desto langfristiger sind suizidale Absichten und desto häufiger finden sich Suizidversuche. Bei den Patienten des Kognitionsclusters 2 finden sich 2,8 Versuche pro Patient im Vergleich zu 2,0 Versuchen der Gesamtgruppe im Vorfeld der jetzigen untersuchten Suizidhandlung. 12 der 16 Patienten des Kognitionsclusters 2 weisen vorausgegangene Suizidversuche auf, insgesamt waren es 21 von den 40 Patienten der Untersuchungsgruppe.

Betrachtet man dagegen die jugendlichen Suizidenten, die in das Kognitionscluster 4 entfallen (Pat.Nr. 12,29,31,37,39), bei ihnen dominieren Halt- und Hilflosigkeit während Hoffnungslosigkeit gering ausgeprägt ist, dann zeigt sich tendenziell eine geringere Suizidbelastung in der Vorgeschichte. Nur einer der 5 Patienten dieses Kognitionsclusters weist einen vorausgegangenen Suizidversuch auf. Insgesamt ist auch die Dauer der suizidalen Intentionen geringgradiger als bei den Patienten des Kognitionsclusters 2. Dies entspricht der BECK'schen These, daß ein Anwachsen der Hoffnungslosigkeit die suizidale Gefährdung intensiviert.

Ein weiterer wichtiger Aspekt bietet die Betrachtung des Zusammenhangs von aggressiven Impulsen und der Dauer der Tatabsicht. Jene Patienten des Clusters 7 (Pat.Nr.32,34,40), die das größte Maß an aggressiver Dynamik in den gewählten Kognitionen erkennen lassen, betonen ihren kurzfristigen "plötzlichen" Tatentschluß. Bei ihnen liegt eine Zeitdauer von maximal 2 Stunden als Durchführungszeit zwischen konkreter Durchführungsabsicht und dem Tatvollzug. Tendenziell bestätigt sich dies auch bei den 4 Patienten des Kognitionsclusters 1, die ein relativ hohes Maß an aggressiven Kognitionen gewählt haben (Pat.Nr.1,10,11,33),die bis auf Patient-Nr. 33 einen Absichtszeitraum von nur 4 Tagen benennen.

Die "Plötzlichkeit", die Durchführungszeit wird mit maximal einer Stunde angegeben.

Es läßt sich daher zu Recht herausstellen, daß manifeste aggressive Impulse im Motivkomplex eine akute suizidale Gefährdung im Sinne einer spontanen suizidalen Reaktion darstellen.
Zur Einschätzung der aktuellen suizidalen Gefährdung sind im Motivgefüge zwei Elemente bedeutungsvoll: 1. Der Grad der Ausprägung von Erlebnisweisen der Hoffnungslosigkeit, 2. die Ausprägung aggressiver Dynamik.
Je stärker beide Komponenten ausgeprägt sind, desto größer ist die akute suizidale Reaktionsbereitschaft eines Jugendlichen.

II.4.8.7. Ablauf der suizidalen Handlung

Die folgenden Komponenten der suizidalen Handlung wurden in dieser Untersuchung erfaßt: a) die auslösende Idee, b) Methoden des Suizidversuches, c) Ort des Suizidversuches, d) Abschiedsbriefe.

Zu a) Auslösende Ideen sind Kognitionen der inneren und äußeren Wirklichkeit der Ausgangs- und Zielsituation, ohne daß dabei konkrete Situationen, bestimmte Geschehnisse erfaßt und beschrieben werden.

Es lassen sich keine spezifischen auslösenden Ideen in Obereinstimmung mit bestimmten Motivstrukturen herleiten.

Zu b) 33 der 40 Patienten führten den Suizidversuch mit Tabletten aus. Das Primat in der Wahl der Methode hat die Verfügbarkeit. Die von der Tablettenintoxikation abweichenden Patienten erfordern eine gesonderte Betrachtung.

Zwei Patienten versuchten, sich zu erhängen (Pat.Nr. 15,33).
Zwei Patienten eröffneten sich die Pulsadern (Pat.Nr.18,34).
Ein Patient nahm Tabletten und eröffnete sich die Pulsadern (Pat.Nr.12).
Ein Patient warf sich vor ein heranfahrendes Auto und hatte vorher Tabletten eingenommen (Pat.Nr.17).
Ein Patient trank Badezusätze (Pat.Nr.1).

Diese Patienten sind folgenden Kognitionsclustern zugeordnet:
Patient Nr. 1 und 33 dem Kognitionscluster 1,
Patient Nr. 14,17,18 dem Kognitionscluster 2,
Patient Nr. 12 dem Kognitionscluster 4,
Patient Nr. 34 gehört dem Kognitionscluster 7 an.

Deutlich im Vordergrund stehende Aggressivität wird nur bei dem Patienten Nr. 34 sichtbar. Ein relativ hohes Maß an autoaggressiver Reaktionsbereitschaft offenbaren auch die Patienten des Kognitionsclusters 1. Darüber hinaus gibt es aus der Zuordnung der Patienten zu den Kognitionsclustern keine weiteren Hinweise auf die erhöhte Aggressivität bei Suizidpatienten, die sogenannte "harte" Methoden wählen. Die häufig dargelegte These, daß die Wahl harter Suizidmethoden einen deutlicheren Todeswunsch impliziere (REIMER et al.1981), kann bei Patient Nr. 12,18 und 33, folgt man ihrer Antwort auf die Frage 43 (s.Seite 121-123), nicht ausgeschlossen werden.
Deutlich im Vordergrund stehende Aggressivität und eine Finalisierung des Todes läßt sich jedoch bei jenen 7 Patienten, die sogenannte "harte" Methoden wählen, nicht aufzeigen.
Bei jenen Patienten, die die Intoxikation als Suizidmethode wählten, lassen sich ebenfalls keine diskriminierenden Merkmale in Bezug zu den differenten Motivstrukturen herausstellen.Dies ist auch dann nicht möglich, wenn man diejenigen Patienten abgrenzt, die die Tabletten mit Alkohol kombiniert einnehmen. Bei ihnen ließ sich keine stärkere Todesfinalisierung herleiten als bei Patienten, die die Intoxikation ohne Alkohol durchführten.

Zu c) In der Wahl des Ortes der suizidalen Handlung läßt sich zwar kein Bezug zu einer typischen Motivstruktur herstellen, allgemein wird jedoch deutlich, daß die Wahl des Ortes in die Nähe des Konfliktpartners bzw. zum Problembereich rückt.
Den Versuch, den Konfliktpartner an dem selbstzerstörerischen Geschehen, an der Selbstbestrafung oder seiner Bestrafung durch die suizidale Handlung unmittelbarer teilhaben zu lassen, zeigt sich bei jenen 7 Patienten, die im Vergleich zu vorausgegangenen Suizidversuchen bei der jetzigen

Suizidhandlung den Ort des Geschehens näher an den Beziehungs-Konfliktpartner verlegen.
Daneben gilt für die Wahl des Suizidortes genau wie bei der Wahl der Methode das Primat der Verfügbarkeit, d.h. der Zugänglichkeit. Dabei muß man auch berücksichtigen, daß 18 bzw. 22 der 33 Patienten, die sich vergiften, die Tabletten ausschließlich aus der Hausapotheke bzw. aus der Hausapotheke und einer Ladenapotheke beziehen.

Zu d) Die These RINGELs, daß Abschiedsbriefe hauptsächlich die bivalente Aggression des Suizidenten belegen, läßt sich nach der Analyse der Motivstruktur jener Patienten, die einen Abschiedsbrief geschrieben haben, nicht aufrecht erhalten.
Die 12 Patienten (Pat.Nr. 2,4,5,7,9,13,14,15,19,26,28,32), die einen Abschiedsbrief schrieben, offenbaren nur in einem Fall (Pat.Nr. 32) eine deutlich bivalente Aggressivität. Bei den Patienten Nr. 4,9,26 und 28, die dem Kognitionscluster 3 angehören, steht Haltlosigkeit und Autoaggressivität im Vordergrund. Ebenso bei 5 anderen Patienten (Pat.Nr.2,7, 13,14,15) wird in ihrer Zugehörigkeit zum Kognitionscluster 2 die depressive Trias und autoaggressive Dynamik in der Motivstruktur deutlich. Fremdbezogene Aggressivität zeigt sich bei Patient Nr.19, der dem Kognitionscluster 6 zugehört. Patient Nr.5 erlebt primär Hilflosigkeit, die durch die Suizidtat behoben werden soll.

25 Patienten der Untersuchungsgruppe gaben an, einen Ansprechpartner für Konflikte und Problembelastungssituationen zu haben. In 23 Fällen sind dieses andere Jugendliche, in 2 Fällen Erwachsene.
Die jugendlichen Ansprechpartner haben jedoch keine oder nur geringe, die Suizidalität mildernde Valenz (s.Seite 109).Dies offenbart sich auch darin, daß 8 der 12 Abschiedsbriefe an "Erwachsene", Eltern,Lehrer und Schwestern adressiert sind und nicht an altersgleiche Jugendliche. Ebenfalls 8 Briefe sind an den jeweiligen Konfliktpartner gerichtet. Unter dieser Betrachtung wird eine doppelte Janusköpfigkeit in der adoleszenten Suiziddynamik evident. Einmal zeigt sich in der Wahl der Adressaten der Ambivalenzkonflikt zwischen propulsiver adoleszenter Eigenständigkeit versus präadoleszenter Einbindung. Zum anderen offenbart

sich der Konflikt zwischen Nähe und Entfernung, Bestrafung und Selbstbestrafung, "leben" und "lieber tot sein wollen".
In der Wahl der Adressaten der Abschiedsbriefe bestätigt sich wiederum die zuvor getroffene Feststellung, daß die suizidale Dynamik an interindividuell differente, spezifische Interaktionspartner und "Situationen" gebunden ist.

III.1. Beantwortung der Fragestellungen und Hypothesen

Die Fragestellung A zur Psychopathogenese von Jugendlichen, die einen Suizidversuch unternommen haben, läßt sich abschließend wie folgt beantworten:

> Die jugendlichen Suizidenten weisen unterschiedliche Psychogenesen auf, die zu differenten psychopathologischen Bildern geführt haben. Ein "genereller Suizidfaktor" läßt sich nicht nachweisen.

Hypothese 1 kann als verifiziert angesehen werden:
Eine spezifische Suizidpsychopathogenese gibt es nicht.

Fragestellung B zur Symptomatik jugendlicher Suizidenten in Abgrenzung zu klinisch anders auffälligen Jugendlichen läßt sich wie folgt beantworten:

> Jugendliche, die einen Suizidversuch unternommen haben, weisen in ihrer Symptomatik signifikant gehäuft folgende Symptome auf: Passivitätshaltungen, Fortlaufen, Leistungsversagen, Kontaktsucht, Alkohol- und Drogenabusus, promiskuitäres Verhalten, Schlafstörungen, allgemeine Ängstlichkeit und Stimmungslabilität. Signifikant weniger als bei anderen klinisch auffälligen Jugendlichen treten anankastische Verhaltensweisen auf.
> Die gesamte Symptomatik jugendlicher Suizidenten läßt sich in 11 statistisch voneinander unterscheidbare Symptomklassen differenzieren, die sich in 6 Diagnosegruppen einordnen lassen.

Insofern kann Hypothese 2 , daß jugendliche Suizidenten im Stichprobenmittel vermehrt Gehemmtheitssymptome aufweisen, als verifiziert

angesehen werden. Ebenso Hypothese 3, daß sich jugendliche Suizidenten anhand ihrer Symptomkombination statistisch unterscheidbar klassifizieren lassen.

Die Fragestellung C, ob sich bei jugendlichen Suizidenten anhand situativer Faktoren eine Motivationsdynamik nachweisen läßt und ob diese als ein Objektionsprozeß zu interpretieren ist, läßt sich wie folgt beantworten:

> Erlebnisweisen organisieren als Ursachen ein Einstellungsmuster, eine Bewertungsdisposition der eigenen Person und des sozialen Umfeldes. Gleiche oder ähnliche Erlebnisweisen wie die, die das Einstellungsmuster organisiert haben, initiieren den Motivationsprozeß, der anhand des Prodromalstadiums der Reaktionsmuster des Personen-Umwelt-Bezuges und des Ablaufs der suizidalen Handlung die prozeßhafte Ausrichtung der Dynamik erkennen läßt. Diese Ausrichtung in Form von Motivaufbau, -bündelung und der Motivauswahl in Abhängigkeit von der jeweiligen Situation des betreffenden Individuums ist als ein "allmählicher Lernprozeß", bei dem subjektive Qualitäten mit den Objektqualitäten "fusionieren", zu identifizieren.

Demgemäß sind sowohl die Hypothese 4 , daß anhand bestimmter Erlebnis- und Verhaltensweisen ein Rückschluß auf Zwischenprozesse im Motivationsgeschehen möglich ist, zu verifizieren als auch Hypothese 5 . Denn gemäß Hypothese 5 läßt sich im Motivationsgeschehen, insbesondere anhand der Ergebnisse aus den Untersuchungen der Problembelastung, des Prodromalstadiums und des Ablaufs der suizidalen Handlung die Übertragung der subjektiven Erlebnisqualität auf die Umwelt nachweisen.

Die Fragestellung D, ob sich jugendliche Suizidenten anhand des Motivationsgeschehens differenzieren und klassifizieren lassen, ist wie folgt zu beantworten:

> Die jugendlichen Suizidenten lassen sich anhand situativer Faktoren des Motivationsgeschehens differenzieren, aber nicht klassifizieren. Demgemäß lassen sich auch keine Entsprechungen zu den symptomatologischen Klassifikationen nachweisen und sowohl Hypothese 6 als

auch Hypothese 7 müssen als falsifiziert betrachtet werden.

Fragestellung E, ob sich anhand selbstbezogener Kognitionen unterschiedliche Motivrichtungen nachweisen lassen und ob diese statistisch unterscheidbar seien, kann wie folgt beantwortet werden:

Anhand der Kognitionen, die empirisch hergeleitet waren und den Patienten vorgegeben wurden, lassen sich statistisch unterscheidbare Motivstrukturen nachweisen. Die ermittelte Motivklassifikation weist 8 Klassen von Motivstrukturen auf.Die jeweiligen Motivstrukturen weisen unterschiedliche Zahlen von Motivelementen in differenten Ausprägungsgraden auf.

Von daher ist Hypothese 8, daß eine suizidale Handlung gleichzeitig mehrere vorhandene, aber unterschiedlich starke Motive aufweist, verifiziert. Desgleichen ist Hypothese 9 , daß jugendliche Suizidenten anhand ihrer Motivstruktur statistisch voneinander unterscheidbar sind, ebenfalls zu verifizieren.

Fragestellung F nach einem Zusammenhang zwischen Motivstruktur, Diagnose und Problembereich kann wie folgt beantwortet werden:

Ein statistisch abgesicherter Zusammenhang zwischen Motivstruktur, Diagnose und Problembereich besteht nicht. Gleichgeartete Motivstrukturen der Patienten können von jeweils differenten diagnostischen Zuordnungen begleitet sein, denen individuell unterschiedliche Problembereiche zugrundeliegen. Aus der begleitenden Symptomatik eines Jugendlichen, der einen Suizidversuch unternommen hat, ist kein verläßlicher Schluß auf seine Motive zu ziehen.

Die Hypothese 10 , daß ein meßbarer Zusammenhang zwischen den jeweilig angenommenen Klassifikationen bestehe, muß als falsifiziert betrachtet werden.

III. 2. Zusammenfassung

In dieser Arbeit ist der Versuch unternommen worden, die Rahmenbedingungen und Prozeßfaktoren aufzuzeigen, die eine psychodynamische Entwicklung in eine Suizidtat einmünden lassen.

Als Ergebnis im Sinne der Rückschau von der Tat bis zu ihren psychodynamischen Wurzeln lassen sich dabei folgende Charakteristika für den Suizidversuch im Jugendalter herausstellen:

1. Das erlebnismäßige Grundmuster der jugendlichen Suizidenten ist von Hoffnungslosigkeit geprägt, daß sich an der übermäßigen Problembelastung nie etwas ändern werde und daß dies, im Sinne der Autoaggression, zu Recht geschehe.
   Motivmäßig wird in der suizidalen Handlung ein Mittel gesehen, vor allem dieser Hoffnungslosigkeit zu entgehen. Darüber hinaus ist die suizidale Handlung im Jugendalter motivmäßig als Versuch zu bewerten, Entlastung von einer als unerträglich erlebten, vor allem äußeren Wirklichkeit zu finden, der sich der Jugendliche hilflos ausgeliefert sieht. Der Suizidversuch soll eine verbesserte, vor allem äußere Wirklichkeit in der Zukunft bringen.
   Die Motivstruktur legiert sich aus qualitativ und quantitativ differenten Elementen. Dies sind Erlebnisweisen der Halt-,Hilf- und Hoffnungslosigkeit bezogen auf die innere und/oder äußere Wirklichkeit und auf die Ausgang- und/oder Zielsituation. Entsprechend einer retrospektiven (Ausgangssituation) oder prospektiven (Zielsituation) Betrachtungsweise ist die Suizidhandlung ein Ausweichen, eine Befreiung, ein Hinstreben, bei der der Tod erstrebt wird, billigend in Kauf genommen oder vermieden werden soll.
   Aggressive Impulse können bivalent auftreten und bedeuten in Verbindung mit Kognitionen der Hoffnungslosigkeit eine außerordentlich große, akute suizidale Gefährdung.
   Jedoch überwiegen deutlich autoaggressive Kognitionen gegenüber fremdbezogenen aggressiven Kognitionen.

2. Die Tatvariablen Methode, Ort, vorab oder simultan gegebene Signale, d.h. Gesprächsandeutungen, Abschiedsbriefe, lassen in der Zusammenschau des Einzelfalles Schlüsse sowohl auf die Motivstruktur als auch auf die ihr zugrundeliegende Problembelastung und Problemgenese zu.

3. Ein direkter Zusammenhang zwischen "auslösender Idee" und der motivierenden Problembasis ist häufig weder für den Patienten noch für den Untersucher evident. Die auslösende Idee steht in einem Zusammenhang mit langfristigen Problembereichen des Suizidenten und hat eine katalysierenden Effekt, denn durch sie wird die Suizidhandlung zum Mittel, den erstrebten Zielzustand zu erreichen, zu einer Rettungsphantasie mit Flucht- und Zieltendenzen, zur einzig möglichen Problemlösung.

4. Suizidhandlungen gehen überwiegend längerfristige, konkrete Durchführunsgvorstellungen voraus. Im motivationalen Prozeß im engeren Sinne, in dem zumindest mehrwöchigen, wenn nicht mehrmonatigen Absichtszeitraum, wird die Suizidhandlung infolge der als unerträglich bewerteten Erlebnisweisen selbst zum Motiv oder zum einzigen Mittel, wertgeladene Zielvorstellungen zu realisieren. Die suizidale Motivation läßt sich als Lernprozeß betrachten, als einen Objektionsvorgang.

5. Die zunehmende Zentrierung auf die suizidale Handlung wird durch die begleitende Symptomatik - Fluchtsyndrom - einerseits und die in der Regel auf introvertierte Abkapselung zielenden Reaktionsmuster jugendlicher Suizidenten bei aggressiven und depressiven Verstimmungszuständen andererseits begünstigt. Symptomatik und Reaktionsmuster, die interdepend verbunden sind, sind teilweise Antworten des Individuums auf die veränderten Objektseiten. Symptomatik und Reaktionsmuster bieten aber keine hinreichende Kompensation für die als unerträglich erlebte Objektveränderung. Dies soll durch die suizidale Handlung erreicht werden. "Im Tod" oder der suizidalen "ex post-Situation"

erhofft der Suizident, sich und die Objektseite im Sinne seiner Wünsche und Bedürfnisse zu verändern.

6. Die Problembereiche jugendlicher Suizidenten, die von Problemen der "adoleszenten Individuation" unterlegt sind, resultieren aus differenten psychopathologischen Entwicklungen mit ihrerseits differenten pathogenetischen Faktoren. Dementsprechend stellt sich die begleitende Symptomatik außerordentlich unterschiedlich dar und weist die Suizidhandlung als ein ubiquitäres Phänomen psychischer Störungsbilder im Jugendalter aus. Ein verläßlicher Schluß von der Symptomatik, dem Syndrom, auf die Motivstruktur, das Motivbündel jugendlicher Suizidenten ist unzulässig. In gleicher Weise erlaubt auch die Diagnose keinen unmittelbaren Schluß auf die Motivstruktur.

7. Jugendliche Suizidenten weisen keine grundsätzlich anderen Problembereiche als eine klinische Kontrollgruppe oder Normalkontrollgruppe auf. Jugendliche Suizidenten weichen jedoch in zwei Aspekten von Kontrollgruppen ab.
   a) Sie erleben sich stärker intrafamiliär belastet als andere Jugendliche.
   b) Sie zeigen eine deutlichere Ausprägung des Antwortpatterns, d.h. stärkere Betonung der Belastung des Leidens unter Problemen, da sie sich als schwächer, weniger belastbar, irritierbarer als andere Jugendliche erleben.

8. Die jeweiligen Problembereiche der jugendlichen Suizidenten werden in ihrer Qualität und Quantität vor allem durch zwei soziale Determinanten bestimmt:
   a) Die emotionalen Bezüge zwischen den Eltern und den Jugendlichen in der Vergangenheit und in der aktuellen familiären Situation,
   b) die Konstanz und Verfügbarkeit positiv erlebter emotionaler Beziehungen und Interaktionsmöglichkeiten.
   Diese beiden Faktoren bestimmen hauptsächlich die Qualität und Quantität der differenten Störungsbilder, aus

denen heraus es zu suizidalen Handlungen kommt. Eine spezifische Psychopathogenese suizidaler Dynamik gibt es nicht.

9. "Bloße Ansprechpartner" für suizidale Jugendliche in Konflikt- und Problembelastungssituationen scheinen von außerordentlich geringer suizidprophylaktischer Valenz, da sie die spezifische "Situation" und Konfliktkonstellation kaum zu verändern vermögen. Suizidalität mindernde, entlastende Funktionen haben nur die Konflikt- und Interaktionspartner im Problemfeld.Sie vermögen den beschriebenen Erlebnisweisen jugendlicher Suizidenten und ihren Selbstbestrafungstendenzen entgegenzuwirken. Doch erfahren sie diese suizidale Dynamik kaum hinreichend deutlich, um "rechtzeitig auf selbstmordgefährdete Menschen aufmerksam zu werden" (RINGEL 1969).

III.3. Rückschauende Betrachtung

Die Absicht der vorliegenden Untersuchung war es, Aufschluß über die Variablen und den Ablauf des Motivations-Motivprozesses zu erhalten. In der häufig notwendigen Krisenintervention bei jugendlichen Suizidenten ist es unumgänglich, die Komplexität des psychodynamischen Geschehens mit der Vielfalt von Ursachen und Wirkung zu berücksichtigen. Nach den Ergebnissen dieser vorliegenden Untersuchung darf der These, daß die suizidale Handlung Jugendlicher eine nosologische Entität sei, widersprochen werden. Eine "Krankheit zum Tode" oder "Neurose zum Selbstmord" gibt es bei Jugendlichen nicht. Die Suizidhandlung im Jugendalter ist auch nicht primär als Symptom depressiver Entwicklungen zu interpretieren, sie steht vielmehr auch für andere als depressive psychopathologische Entwicklungen.
Für Konzepte der Krisenintervention, mittelfristiger und langfristiger Therapie und zur Beantwortung der Frage, ob und in welchem Rahmen Therapie notwendig ist, sind symptomatologisch-diagnostische Überlegungen ebenso notwendig wie eine differenzierende Erfassung der individuellen Motivstruktur mit ihren motivationalen Entwicklungsbedingungen. Dazu gehören insbesondere die situativen Determinanten

sowie die Problembereiche und die Erlebnisweisen jugendlicher Patienten. Motivation und Motivstruktur sind "konstituierende Glieder" des "Wertganzen", aus dem heraus die suizidale Handlung betrachtet, beurteilt und prognostiziert werden muß.

Ein auf diesen Daten basierendes Konzept vermag der Komplexität des Suizidversuches im Jugendalter annähernd gerecht zu werden. Der Weg und die Bedeutung eines solchen Vorgehens sollte durch die vorliegende Untersuchung aufgezeigt werden.

Literaturverzeichnis

1. ADAM,R. : Tätigkeitsbereich der Erziehungsberatungsstelle Göttingen.
Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 9, 140-143 (1960)

2. ADLER,A.: Über den Selbstmord, insbesondere den Schüler-Selbstmord.
Diskussion des Wiener Psychoanalytischen Vereins 1910
Amsterdam: Bonset 1965

3. BAACKE,D.: Die 13 - 18-Jährigen. Einführung in die Probleme des Jugendalters.
München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg 1976

4. BALINT,M.: Therapeutische Aspekte der Regression.
Hamburg: Rowohlt 1970

5. BANDURA,A.: Sozial-kognitive Lerntheorie.
Stuttgart: Klett/Cotta 1979

6. BAYREUTHER,H.: Über die Bedeutung der Umweltbedingungen für den Selbstmord.
Arch.Psychiat. 199, 72-102 (1959)

7. BECK,A.T.: The core problem in depression.
In: MASSERMANN,J.H.: Depression.
Theories and Therapy.
New York: Grune & Stratton 1977

8. BEESE,F.: Neurosenstruktur und Familiendynamik.
Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 21, 114-120 (1972)

9. BENJAMIN,A.: Grundlagen und Entwicklungsgeschichte der kindlichen Neurose.
Leipzig: Thieme 1930

10. BERNFELD,S.: Selbstmord.
Z.psychoanal.Päd. 3, 355-364 (1929)

11. BIENER,K.u.
L.ROSCHEWSKI: Vorschläge Jugendlicher zur Verhütung von Selbstmorden Jugendlicher.
Psychiat.Praxis 8, 31-33 (1981)

12. BIERMANN,G.: Psychosomatische Krankheitsbilder im Jugendalter.
Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat.10, 207-217 (1961)

13. BLECKMANN,K.H.: Zur Frage einer epochalen Wandlung der Symptomatik erziehungsschwieriger Kinder.
Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 11, 273-277 (1962)

14. BLOS,P.: Adoleszenz.
Stuttgart: Klett/Cotta 1978

15. BOCK,H.-H.: Clusteranalyse - Überblick und neuere Entwicklung.
OR Spektrum 1980, 211-233

16. BÖHME,K.: Zur praktischen Versorgung von Suicidenten.
Nervenarzt 51, 152-158 (1980)

17. BONDY,C.: Pubertät als soziokulturelles Phänomen.
Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 5, 198-201 (1956)

18. BOWLBY,J.: Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit.
München: Kindler 1973

19. BRON,B.: Suizidversuche bei jungen Menschen.
Fortschr.Neurol.Psychiat. 44, 435-446 (1976)

20. BÖHLER,Ch.: Psychologie im Leben unserer Zeit.
München-Zürich: Droemer/Knaur 1962

21. BUNCH,J. et al.: Suicide following Bereavment of Parents.
Social Psychiatry 6, 193-199 (1971)

22. CAMUS,A.: Der Mythos von Sisyphos.
Hamburg: Rowohlt 1959

23. CERNY,L.: Telefonische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche, Leitung des Vertrauens.
Acta paedopsychiat. 35, 274-280 (1968)

24. CHATTFIELD,C.A.J.COLLINS: Introduction to Multivariate Analysis.
London-New York: Chapman & Wall 1980

25. CHORON,J.: Suicide.
New York: Charles Scribner's Sons 1972

26. COCHRANE,R.: Stress in the Lifes of Parasuicides.
Social Psychiatry 10, 161-171 (1975)

27. DILTHEY,W.: (1894) Ideen über eine beschreibende und vergleichende Psychologie
Ges. Schriften 1924

28. DÖHNER,W. und A.PETERSEN: 4. Medizinisch-Theologisches Kolloquium in Schleswig "Zur Problematik der Selbstbeendigung des Lebens" Düsseldorf: Janssen 1974

29. DOLLARD,J. et al.: Frustration and Aggression. Weinheim-Berlin-Basel: Beltz 1972

30. DORSCH,F.: Psychologisches Wörterbuch. Hamburg-Bern: Meiner/Huber 1976

31. DOTZAUER,G. und G.BERGHAUS: Der Selbstmord - ein multifaktorielles Problem. Dtsch.Ärzteblatt 1979, 1077-1081

32. DUBITSCHER,F.: Der Suicid. Historischer Oberblick. In: ZWINGMANN,Ch.: Selbstvernichtung. Frankfurt/M.: Akademische Verlagsgesellschaft 1965

33. DÖHRSSEN,A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie 1954

34. DÖHRSSEN,A.: Soziale und biologische Reifung in ihrer Bedeutung für psychogene Erkrankungen. Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 5, 253-259 (1956)

35. DÖHRSSEN,A.: Zum Problem des Selbstmordes bei jungen Mädchen. Beiheft zur Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 1967

36. DURKHEIM,E.: Der Selbstmord. Neuwied: Luchterhand 1973

37. ECKMANN,F.: Epidemiologische und statistische Erhebungen über Suicidversuche in Schleswig-Holstein. In: DÖHNER,W. und A.PETERSEN: 4. Medizinisch-Theologisches Kolloquium in Schleswig Düsseldorf: Janssen 1974

38. v.EICKSTEDT,E.: Ursprung und Entfaltung der Seele. Stuttgart: Enke 1963

39. ELLENBERGER,H.: Der Selbstmord im Licht der Ethno-Psychiatrie. In: ZWINGMANN,Ch.: Selbstvernichtung. Frankfurt/M.: Akademische Verlagsgesellschaft 1965

40. ERIKSON,E.H.: Kindheit und Gesellschaft.
Stuttgart: Klett 1965

41. ETTLINGER,R.W. und P.FLORDH: Attempted Suicide.
Acta Psychiat.Neurol.Scand.103, 5-20 (1955)

42. FEUERLEIN,W.: Selbstmordversuch oder parasuicidale Handlung. Tendenzen suicidalen Verhaltens.
Nervenarzt 42, 127-130 (1971)

43. FICHTE,I.G.: Fichtes Werke Band II
Leipzig: Fritz Eckardt Verlag 1908

44. FLETSCHER,I.: In Verteidigung des Suicids.
In: ESER,A.:Suizid und Euthanasie.
Stuttgart: Enke 1976

45. FREDERKING,U.: Emotionale Bedingungen von Verhaltensstörungen zehnjähriger Schulkinder.
Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 24, 258-265 (1975)

46. FREDERKING,U.: Häufigkeiten, somatische und soziale Bedingungen von Verhaltensstörungen zehnjähriger Schulkinder.
Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 24, 204-213 (1975)

47. FREUD,A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen.
München: Kindler 1973

48. FREUD,S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie (1904/05)
Ges.Werke V, 33-145
London: Imago Publ. 1946

49. FREUD,S.: Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens (1908)
Ges.Werke VIII, 65-91
London: Imago Publ. 1948

50. FREUD,S.: Zur Einführung des Narzißmus (1914)
Ges.Werke X, 137-170
London: Imago Publ. 1949

51. FREUD,S.: Trauer und Melancholie (1916)
Ges.Werke X, 427-446
London: Imago Publ. 1949

52. FREUD,S.: Das Ich und das Es (1923)
Ges.Werke XIII, 234-289
London: Imago Publ. 1946

53. FREUD,S.: Abriß der Psychoanalyse (1938)
Ges.Werke XVII, 63-138
London: Imago Publ. 1946

54. FROMM,E.: Der moderne Mensch und seine Zukunft.
Frankfurt/M.: Europäische Verlagsanstalt 1960

55. GAUPP,R.: Ober den Selbstmord.
München: Gmelin 1905

56. v.GEBSATTEL,V.E.: Gedanken zu einer anthropologischen Psychotherapie.
In: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie
Band III, S. 532-562
München-Berlin: Urban & Schwarzenberg 1959

57. GOLDBERG,E.L.: Depression and Suicide Ideation in the Young Adult.
Amer.J.Psychiat. 138, 35-39 (1981)

58. GRAUMANN,C.F.: Motivation.
Bern-Stuttgart: Huber 1970

59. GRUHLE,H.W.: Selbstmord.
Leipzig: Thieme 1940

60. GRUHLE,H.W.: Verstehende Psychologie.
Stuttgart: Thieme 1956

61. GUSS,K.: Gestalttheorie und Erziehung.
Darmstadt: Steinkopff 1975

62. GUSS,K.: Gestalttheorie und Fachdidaktik.
Darmstadt: Steinkopff 1977

63. HARTMANN,K.: Ein Beitrag zur Psychopathologie minderjähriger Suicidanten.
Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 19, 168-170 (1970)

64. HAU,T.F.: Vergleichende Untersuchungen an psychosomatisch erkrankten Jugendlichen der Geburtsjahrgänge der Vorkriegs-, Kriegs- und Nachkriegszeit.
Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 21, 193-200 (1972)

65. HECKHAUSEN,H.: Motivation und Handeln.
Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1980

66. HENDERSON,A.S. et al.: A Typology of Parasuicide.
Brit.J.Psychiat. 131, 631-641 (1977)

67. HENSELER,H.: Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmordes.
Hamburg: Rowohlt 1974

68. HENSELER,H.: Die Psychodynamik des suicidalen Erlebens und Verhaltens.
Nervenarzt 51, 139-146 (1980)

69. HEUER,G.: Selbstmord bei Kindern und Jugendlichen.
Stuttgart: Klett/Cotta 1979

70. HIRZEL,R.: Der Selbstmord.
Arch.Religionswiss. 11, 75-104, 243-284, 417-476 (1908)

71. HOBRÖCKER,B.: Persönlichkeitspsychologische Probleme bei jugendlichen Selbstmordversuchern.
Dissertation Dortmund 1982

72. HOBRÖCKER,B., V.RAMBOW,G.SCHMITZ: Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suicidversuchen.
Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 29, 218-225 (1980)

73. HOCHE,H.: Vom Sterben.
Jena: Fischer 1919

74. HÖCK,K., H.HESS und E.SCHWARZ: Beschwerdefragebogen für Kinder.
Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften 1978

75. HOFFMANN,N. (Hrsg.): Depressives Verhalten.
Salzburg: O.Müller 1976

76. HOFSTÄTTER,R. und D.WENDT: Quantitative Methoden der Psychologie.
München: Reinhardt 1967

77. JACOBS,J.: Selbstmord bei Jugendlichen.
München: Kösel 1974

78. JÜRNS,K.-P.: "Nicht leben und nicht sterben können"
Suicidgefährdung - Suche nach dem Leben.
Wien-Göttingen: Herder:Vandenhoeck & Ruprecht 1979

79. JOFFE,W.G. und J.SANDLER: Über einige begriffliche Probleme im Zusammenhang mit den Studien narzißtischer Störungen.
In: Einfühlen - Erinnern - Verstehen.
Festschrift für Renê SPITZ
Sonderband Psyche 1967

80. JUNG,C.G.: Die Beziehung zwischen dem Ich und dem Unbewußten.
Darmstadt: Reichel 1928

81. KAPLAN,S. und R.WHITMAN: The negative ego ideal.
Int.J.Psycho-Anal. 46, 183-187 (1965)

82. KATSCHNIG,H. und P.SINT: Are there different types of attempted suicides ? A cluster analytic approach.
Proceedings of the 7th International Conference for Suicide Prevention
Amsterdam 1973, pp. 268-279

83. KATSCHNIG,H.(Hrsg.): Sozialer Streß und psychische Erkrankungen.
München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1980

84. KATZ,D. und F.H.ALLPORT: A preliminary statement to a theory of attitude structure and change.
In: KOCH,S.: Psychology. A study of a science.
New York: McGraw Hill 1959

85. KEHRER,E. und U.NEUGEBAUER: Klinischer Diagnosenschlüssel für die Kinder- und Jugendpsychiatrie.
Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 19, 8-13 (1971)

86. KIEV,A.: The Suicidal Patient: Recognition and Management.
Chicago: Nelson Hall 1977

87. KLOVER,K.: Dissoziale Jugendliche in der Industriegesellschaft.
Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 14, 113-117 (1965)

88. KÖNIG,R.: Physiologische Grundlagen der Motivation und Emotion.
In: TODT,E.: Motivation.
Heidelberg: Quelle & Meyer 1977

89. KREITMAN,N.: Some Research Aspects of Suicide and Attempted Suicide (Parasuicide) with Special Reference in Young People.
(Report on Conference) Luxembourg 1974

90. KREITMAN,N.: Die Epidemiologie von Suicid und Parasuicid.
Nervenarzt 51, 131-138 (1980)

91. KROSE,H.A.: Der Selbstmord im 19. Jahrhundert.
Freiburg: Herder 1906

92. KUDA,M. und M.KUDA-EBERT: Zur Vorhersage der Selbstmordgefährdung bei Studierenden und Drogenabhängigen.
Bern-Stuttgart-Wien: Huber 1982

93. LAATHS,S.: Goethe
Gesammelte Werke Band III
Düsseldorf: Deutscher Bücherbund 1953

94. LANGEN,D.: Die Diagnostik und Weiterentwicklung krisenhafter Pubertätsverläufe.
Z.Kinderpsychiat. 5, 138-150 (1977)

95. LANGENMAYR,A.: Geschwisterkonstellation und Neurosenstruktur.
Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 24, 41-46 (1975)

96. LARBIG,W.: Zum kindlichen Todeserleben und zur Situation des todkranken Kindes im Krankenhaus.
Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 23, 246-255 (1974)

97. LASAULX, E.v.: Die Sühneopfer der Griechen und Römer und ihr Verhältnis zu dem Einen auf Golgatha.
Würzburg: Voigt & Molker 1841

98. LEWINSKY-AURBACH,B.: Suizidale Jugendliche.
Stuttgart: Enke 1980

99. LINDEN,K.-I,: Der Suicidversuch.
Stuttgart: Enke 1969

100. LÖWNAU,H.W.: Fortlaufen bei Kindern und Jugendlichen als psychopathologisches Syndrom.
Arch.Kinderheilk. 3, 215-230 (1960)

101. LÖWNAU,H.W.: Soziogenetische Faktoren bei Neurosen im Kindes- und Jugendalter.
Nervenarzt 36, 101-105 (1965)

102. LÖWNAU,H.W.: Suicidale Tendenzen bei neurotischen Kindern und Jugendlichen.
Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 19, 165-167 (1970)

103. LUNGERSHAUSEN,E.: Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Studenten.
Heidelberg: Hüthig 1968

104. MANGOLD,B. und I.E.SEIDL: Der Suicidversuch als kinderpsychiatrischer Notfall.
Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 27, 233-240 (1978)

105. MARKS,P.A. und D.L.HALLER: Now I lay me down for keeps: A Study of adolescent suicide attempts. J.Clin.Psychol. 33, 390-400 (1970)

106. MAROHN,R.C., D.DALLEMOLLE et al.: Juvenile Delinquents : Psychodynamic Assessment and Hospital Treatment. New York: Brunner/Mazel 1980

107. MASLOW,A.H.: Motivation and Personality. New York: Harper & Row 1970

108. MATTI,W.: Hamburg in Zahlen, Heft 4 Hamburg: Statistisches Landesamt 1973

109. Mc CLELLAND,D.C.: Die Definition eines spezifischen Motivs. In: THOMAE,H.: Die Motivation menschlichen Handelns. Köln: Kiepenheuer & Witsch 1965

110. Mc CULLOCH,J.W. und A.E.PHILIP: The Social Prognosis of Persons who attempted Suicide. Social Psychiatry 5, 177-182 (1970)

111. MEAD,M.: Der Konflikt der Generationen. München: Deutscher Taschenbuch-Verlag 1974

112. MENNINGER,K.: Selbstzerstörung. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1974

113. MERGUET,L.: I. Arbeits- und Erfahrungsbericht der Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche, Bielefeld 1958 Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 8, 96-101 (1959)

114. ders. : II. Arbeits- und Erfahrungsbericht der Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche, Bielefeld 1962 Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 12, 102-107 (1963)

115. ders. : III. Arbeits- und Erfahrungsbericht der Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche, Bielefeld 1964 Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 14, 164-170 (1965)

116. MIERKE,K.: Wille und Leistung. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe 1955

117. MIETZEL,G.: Pädagogische Psychologie. Göttingen-Toronto-Zürich: Hogrefe 1975

118. MINKOFF,K. und E.BERGMAN et al.: Hopelessness, Depression and Attempted Suicide. Amer.J.Psychiat. 130, 455-459 (1973)

119. MORGHAN,H.G.: Death Wishes ? New York: Wiley and Sons 1979

120. NISKANEN,P. et al.: A Study of Attempted Suicides in Urban versus Rural Areas with a Follow up. Acta Psychiat.Scand. 52, 283-291 (1975)

121. NISSEN,G.: Psychische Entwicklung und ihre Störungen. In: HARBAUER et al.: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1976

122. OTTO,U.: Suicidal Attempts in Adolsescence and Childhood. States of Mental Illness and Personality Variables. Acta paedopsychiat. 31, 397-411 (1964)

123. OTTO,U.: Suicide Attempts made by pregnant Women under 21 Years. Acta paedopsychiat. 32, 276-288 (1965)

124. OVENSTONE,J.M.K., N.KREITMAN: Two Syndromes of Suicides. Brit.J.Psychiat. 124, 336-345 (1974)

125. PAYKEL,E.S.: Life events and depression. Arch.Gen.Psychiat. 21, 753-760 (1969)

126. PAYKEL,E.S.: Classification of Suicide Attempters by Cluster Analysis. Brit.J.Psychiat. 133, 45-52 (1978)

127. PAYNE,R.: Die Griechen. München: Heyne 1964

128. PIEL,W.: Kleines Lehrbuch der Lernpsychologie. Braunschweig: Westermann 1977

129. PIEL,W.: Gestalttheorie als Wissenschaft und als Wissenschaftstheorie. In: GUSS,K. (Hrsg.): Gestalttheorie und Sozialarbeit. Darmstadt: Steinkopff 1979

130. PIERCE,D.W.: Suicidal Intent in Self-Injury. Brit.J.Psychiat. 130, 377-385 (1977)

131. PLATON : Sokrates im Gespräch. Frankfurt/M.: Fischer 1961

132. PÖLDINGER,W. und G.SONNECK: Die Abschätzung der Suizidalität. Nervenarzt 51, 147-151 (1980)

133. POHLMEIER,H.: Selbstmord und Selbstmordverhütung. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1978

134. POHLMEIER,H.: Depression und Selbstmord. Bonn: Keil 1980

135. POHLMEIER,H.: Selbstmordgefährdete in der ärztlichen Praxis. Med.Klin. 76, 58-64 (1981)

136. REIMER,Ch., P.GÖTZE, D.DAHME: Zur Phänomenologie und Psychodynamik mit sog. "harten" und "weichen" Suicidmethoden. Psychiat.Clin. 14, 112-128 (1981)

137. REIMER,F.: Selbstmord und Selbstmordversuch im Alkoholrausch. Z.Psychosomat.Med. 10, 189-191 (1964)

138. REMSCHMIDT,H., I.DAUNER, U.SCHULTZ: Zur Strukturanalyse des Krankengutes einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Station für Kinder und Jugendliche. Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 23, 42-96 (1974)

139. REMSCHMIDT,H. und Th.SCHWAB: Suicidversuche im Kindes- und Jugendalter. Acta paedopsychiat. 43, 197-208 (1978)

140. REMSCHMIDT,H.: Suicidhandlungen im Kindes- und Jugendalter. Therapie und Prävention. Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 31, 35-40 (1982)

141. RINGEL,E., W.SPIEL, M.STEPAN: Untersuchungen über kindliche Selbstmordversuche. Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 4, 161-167 (1955)

142. RINGEL,E.: Über Selbstmordversuche von Jugendlichen. In: ZWINGMANN,Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung. Frankfurt/M.: Akademische Verlagsgesellschaft 1965

143. RINGEL,E.: Selbstmordverhütung. Bern/Stuttgart: Huber 1969

144. RINGEL,E.: Selbstschädigung durch Neurose.
Wien: Herder 1973

145. RINGEL,E.: Die Besonderheiten des präsuicidalen Syndroms bei Jugendlichen.
Kinderarzt 11, 541-546 (1980)

146. ROSEN,G.: History in the study of suicide.
Psychological Med. 1, 267-285 (1971)

147. RYNEARSON,E.K.: Suicide Internalized: An Existential Sequestrum.
Amer.J.Psychiat. 138, 84-86 (1981)

148. SCHERER,G.: Das Problem des Todes in der Philosophie.
Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1979

149. SCHMIDT,G.: Die Krankheit zum Tode.
Stuttgart: Enke 1968

150. SCHMITZ,G.: Suizid im Kindes- und Jugendalter.
Vortrag Akademie für medizinische Fortbildung, Bad Segeberg 1978

151. SCHMITZ,G.: Wann ist mit dem Ziel der Heimunterbringung ein Eingriff in die Familie als dem Wohl des Kindes dienlich, gerechtfertigt ?
Vortrag, Fortbildung des Landgerichtes Kiel 1978

152. SCHMITZ,G.: Überlegungen zur Selbstmordgefährdung im Jugendalter.
Diakonie 5, 298-302 (1979)

153. SCHMITZ,G.: Selbstmord als Problemlösung.
Prakt.Arzt 1980, 2082-2094

154. SCHMITZ,G.: Jugendliche Rechtsbrecher - familiäre Konstellation und therapeutische Möglichkeiten.
Vortrag 4. Tagung "Psychologie im Dienst von Kindern und Jugendlichen und Familie des BDP Kiel 1981

155. SCHMITZ,G.: Warum schon Kinder keine Lust mehr zum Leben haben.
Ärztl.Praxis 24, 1712-1713 (1982)

156. SCHMITZ,G.: Der"plötzliche"Suicid wird lange geplant.
Ärztl.Praxis 24, 1754-1757 (1982)

157. SCHMITZ,G.,B.HOBRÜCKER: Empirische Ergebnisse aus dem Kieler Forschungsprojekt über Suicidhandlungen von Jugendlichen.
In: JOCHMUS,J. und E.FÖRSTER: Suizid bei Kindern und Jugendlichen.
Stuttgart: Enke 1983

158. SHNEIDMAN, E.S. et al.: The Psychology of Suicide.
New York: Aronson 1976

159. SIEGEL,S.: Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences.
New York: Mac Graw Hill 1956

160. SIFNEOS,P.E.: Psychosomatic Aspects of Attempted Suicide.
Psychosom.Psychother. 36, 73-85 (1981)

161. SIMSON,G.: Die Suizidtat.
München: Beck 1976

162. SKINNER,B.F., W.CORRELL: Denken und Lernen.
Braunschweig: Westermann 1971

163. SPRANGER,E.: Psychologie des Jugendalters.
Heidelberg: Quelle & Meyer 1963

164. STÄNDLIN,C.F.: Geschichte der Vorstellungen und Lehren vom Selbstmorde.
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1824

165. STENGEL,E.: Selbstmord und Selbstmordversuch.
Frankfurt/M.: Fischer 1969

166. STENGEL,E., N.G.COOK: Attempted Suicide.
London: Oxford University Press 1958

167.STOBER,B.: Kinder aus geschiedenen Ehen.
Z.Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 8, 79-92 (1980)

168. STÖRRING,E.E., H.W.LÖWNAU: Zur Problematik der Jugend in der Gegenwart.
Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 7, 1-8 (1958)

169. SWIENTEK,Ch.: Entwicklungsverläufe Verhaltensgestörter mit suicidalem Ausgang - dargestellt anhand einer Untersuchung an 14 Suicidpatienten im Alter von 14 bis 73 Jahren.
Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 27, 40-48 (1978)

170. THOMAE,H.: Die Motivation menschlichen Handelns.
Köln-Berlin: Kiepenheuer & Witsch 1965

171. TODT,E. (hsrg.): Motivation.
Heidelberg: Quelle & Meyer 1977

172. TOMAN,W.: Motivation,Persönlichkeit,Umwelt.
Göttingen: Hogrefe 1968

173. WEKSTEIN,L.: Handbook of Suicidology.
New York: Brunner/Mazel 1979

174. WEXLER,L. et al.: Suicide Attempts 1970-1975
Updating a United States Study and
Comparison with International Trends,
Brit.J.Psychiat. 132, 180-185 (1978)

175. WYSS,D.: Die tiefenpsychologischen Schulen von
den Anfängen bis zur Gegenwart.
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1961

176. YIGAEL,Y.: Masada.
Hamburg: Hoffmann & Campe 1979

177. ZIESE,P.: Broken home, Suicid, erweiterter Suizid
bei endogenen Depressionen.
SocialPsychiat. 3, 70-75 (1968)

178. ZWINGMANN,Ch.(Hrsg.): Selbstvernichtung.
Frankfurt/M.: Akademische Verlagsgesellschaft
1965

Statistikquellen:

1. Bayerisches Landeskriminalamt
Juli 1980
München 1980, 522-446/2

2. Statistisches Landesamt Berlin
September 1980, II A 14

3. Statistisches Bundesamt Wiesbaden
September 1980 VII D

4. Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz
Bad Ems, September 1980, 12.304.8

5. Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein
Kiel, September 1980, 500-0773

6. Landeskriminalamt Baden-Württemberg
Stuttgart 1978

7. Statistic and Information Department
Ischigaya-Honmura-cho, Shinjuku-ku
Tokyo 162, Juli 1979

8. Statistical Abstracts of USA
Washington 1978

9. World Almanach 1979
National Center of Health Statistics
Washington 1979

Anhang

Seite:

Tabelle 1 1
Tabelle 2 2
Tabelle 3 3
Tabelle 4 a 4
Tabelle 4 b 5
Tabelle 5 6

Abbildung 1 7
Abbildung 2 8
Abbildung 3 9

Symptomliste I 10
Symptomliste II 11

Cluster der Kognitionen 12

Dendrogramm 13

Fragebogen der Untersuchung

Selbstmordzahlen und Selbstmordquoten von 1893 bis 1978

Jahr	$N_{insg.}$	Quote	Jahr	$N_{insg.}$	Quote
1893	1o.78o	21,2	1946	6.978	17,7
1894	11.135	21,7	1947	6.427	15,6
1895	1o.51o	2o,2	1948	7.317	15,8
1896	1o.888	2o,6	1949	8.86o	18,8
1897	11.o13	2o,6	195o	9.142	19,2
1898	1o.835	19,9	1951	8.749	18,2
1899	1o.761	19,5	1952	8.526	17,6
19oo	11.393	2o,3	1953	8.93o	18,2
19o1	11.836	2o,8	1954	9.562	19,3
19o2	12.339	21,4	1955	9.583	19,2
19o3	12.73o	21,7	1956	9.473	18,7
19o4	12.468	21,o	1957	9.4o5	18,3
19o5	12.81o	21,3	1958	9.878	18,9
19o6	12.495	2o,4	1959	9.888	18,7
19o7	12.777	2o,6	196o	1o.832	19,4
19o8	13.765	21,9	1961	1o.928	19,5
19o9	14.225	22,3	1962	1o.5o9	18,5
191o	13.935	21,6	1963	11.141	19,4
1911	14.181	21,7	1964	11.7o7	2o,o
1912	14.864	22,5	1965	11.779	2o,o
1913	15.564	23,2	1966	12.2o1	2o,5
1914	14.773	21,8	1967	12.743	21,3
1915	11.26o	16,6	1968	12.393	2o,5
1916	11.748	17,3	1969	12.7o5	2o,9
1917	1o.734	16,4	197o	13.o46	21,5
1918	1o.159	15,7	1971	12.838	2o,9
1919	11.555	18,4	1972	12.274	19,8
192o	13.372	21,7	1973	12.883	2o,8
1921	12.729	2o,6	1974	13.o46	21,o
1922	13.317	21,8	1975	12.9oo	2o,9
1923	13.149	21,3	1976	13.353	21,6
1924	14.338	23,1	1977	13.926	22,7
1925	15.273	24,5	1978	13.62o	22,2
1926	16.48o	26,2			
1927	15.974	25,3			
1928	16.o36	25,2			
1929	16.665	26,1			
193o	17.88o	27,8			
1931	18.625	28,8			
1932	18.934	29,2			
1933	18.723	28,7			
1934	18.8o1	28,7			
1935	18.422	28,6			
1936	19.288	28,6			
1937	19.614	28,9			
1938	19.414	28,o			
1939	22.278	28,1			

Tab. 1 Zahl der Selbstmorde und Selbstmordquoten(Anzahl der Selbstmordtoten pro 1oo.ooo Einwohner) von 1893 bis 1939 im Deutschen Reich und von 1946 bis 1978 in der Bundesrepublik Deutschland

Anteil der 10 - 20jährigen Selbstmordtoten
in der Bundesrepublik von 1949 - 1978

Jahr	Selbstmordtote insgesamt	davon im Alter bis 2o Jahre	deren prozent.Anteil
1949	8.860	366	4,1
1950	9.142	352	3,9
1951	8.749	333	3,8
1952	8.526	369	4,3
1953	8.93o	387	4,3
1954	9.562	535	5,6
1955	9.583	495	5,2
1956	9.473	493	5,2
1957	9.405	516	5,5
1958	9.878	531	5,4
1959	9.888	511	5,2
1960	10.832	502	4,6
1961	10.928	416	3,8
1962	10.509	418	4,0
1963	11.141	384	3,5
1964	11.707	374	3,2
1965	11.779	358	3,0
1966	12.201	370	3,0
1967	12.743	388	3,0
1968	12.393	377	3,0
1969	12.705	463	3,6
1970	13.046	513	3,9
1971	12.838	464	3,6
1972	12.274	492	4,0
1973	12.883	517	4,0
1974	13.046	520	4,0
1975	12.900	583	4,5
1976	13.353	621	4,7
1977	13.926	650	4,7
1978	13.62o	724	5,3

Tab.2 Darstellung des Anstiegs der Selbstmordziffern insgesamt in der BRD, davon der Anteil der 10-2ojährigen Selbstmordtoten und deren prozentualer Anteil an der Gesamtquote

Selbstmordtote bis zu 2o Jahren in einzelnen Bundesländern in der Zeit von 1949 bis 1978

Jahr	Schl. Holst.	%Ant.	Bayern	%Ant.	Rhein. Pfalz	%Ant.	West. Berl.	%Ant.
1949	39	6,6	73	4,3	8	2,2	24	2,9
195o	23	3,2	68	4,o	14	3,4	14	1,8
1951	2o	3,2	87	5,3	13	3,2	18	2,4
1952	22	3,8	83	5,o	12	2,8	19	2,6
1953	29	5,o	79	4,9	21	4,7	15	2,9
1954	3o	5,4	1o2	5,4	39	8,1	22	3,4
1955	32	5,2	95	5,2	3o	6,4	31	4,1
1956	29	5,2	73	4,1	35	7,7	3o	4,o
1957	21	4,1	1o4	5,7	31	6,4	24	3,3
1958	31	5,9	99	5,7	29	5,2	31	3,9
1959	31	5,7	1o9	6,1	27	4,8	29	3,9
196o	37	6,7	83	4,5	18	3,2	41	5,o
1961	33	5,5	81	4,5	24	4,4	28	3,5
1962	28	5,5	68	4,1	18	3,6	26	3,2
1963	23	4,o	63	3,5	2o	3,7	32	3,6
1964	3o	5,o	78	4,1	14	2,5	18	2,o
1965	16	2,8	66	3,4	24	3,9	16	1,8
1966	14	2,4	65	3,3	25	4,3	25	2,8
1967	14	2,3	82	3,9	25	4,o	21	2,4
1968	21	3,3	63	3,3	2o	3,2	14	1,5
1969	23	3,7	83	4,o	27	4,2	25	2,7
197o	14	2,1	11o	5,2	28	4,2	29	3,2
1971	18	2,6	91	4,2	25	4,o	12	1,4
1972	15	2,2	85	4,2	4o	5,9	31	3,8
1973	23	3,3	96	4,3	38	5,2	11	1,4
1974	27	3,5	111	5,o	28	4,1	19	2,4
1975	24	3,3	1oo	4,6	52	7,1	16	1,9
1976	22	3,1	132	5,8	49	6,1	19	2,5
1977	24	3,2	138	5,7	35	4,6	18	2,6
1978	38	5,o	173	7,1	5o	6,7	19	2,9
durch-schnittl		%Ant. 4,1		4,7		4,7		2,9

Tab. 3 Zahl der Selbstmordtoten bis zu 2o Jahren in den Bundesländern Schleswig-Holstein, Bayern, Rheinland-Pfalz, West-Berlin und der prozentuale Anteil der jugendlichen Selbstmörder am Gesamt der Selbstmordtoten in dem jeweiligen Jahr innerhalb des einzelnen Bundeslandes

Suicide und Suicidversuche Jugendlicher(14-18J.) in Bayern von 1971 - 1978

S u i c i d e

Jahr	$N_{männl.}$	$N_{weibl.}$	$N_{insg.}$	Verh. männl. : weibl.
1971	28	13	41	2,2 : 1,o
1972	35	16	51	2,2 : 1,o
1973	32	13	45	2,5 : 1,o
1974	36	2o	56	1,8 : 1,o
1975	3o	14	44	2,1 : 1,o
1976	41	17	58	2,4 : 1,o
1977	37	19	56	1,9 : 1,o
1978	55	23	78	2,4 : 1,o

S u i c i d v e r s u c h e

Jahr	$N_{männl.}$	$N_{weibl.}$	$N_{insg.}$	Verh. männl. : weibl.
1971	48	87	135	1,o : 1,8
1972	4o	58	98	1,o : 1,5
1973	41	83	124	1,o : 2,o
1974	43	96	139	1,o : 2,2
1975	62	98	16o	1,o : 1,6
1976	66	153	219	1,o : 2,3
1977	1o1	161	262	1,o : 1,6
1978	86	171	257	1,o : 2,o

Verhältnis von Suicid : Suicidversuch

Jahr	männlich	weiblich
1971	1,o : 1,7	1,o : 6,7
1972	1,o : 1,1	1,o : 3,6
1973	1,o : 1,3	1,o : 6,4
1974	1,o : 1,2	1,o : 4,8
1975	1,o : 2,1	1,o : 7,o
1976	1,o : 1,6	1,o : 9,o
1977	1,o : 2,7	1,o : 8,5
1978	1,o : 1,6	1,o : 7,4

Tab. 4a Suicide und Suicidversuche Jugendlicher im Alter zwischen 14 und 18 Jahren in Bayern in den Jahren 1971 - 1978 mit den geschlechtsspezifischen Relationen von Suicid zu Suicidversuch

Suicide und Suicidversuche Jugendlicher(14-18J.)
in Schleswig-Holstein von 1971 - 1978

S u i c i d e

Jahr	$N_{männl.}$	$N_{weibl.}$	$N_{insg.}$	Verh. männl.:weibl.
1971	3	3	6	1,o : 1,o
1972	9	1	1o	9,o : 1,o
1973	6	4	1o	1,5 : 1,o
1974	8	5	13	1,6 : 1,o
1975	7	5	12	1,4 : 1,o
1976	8	2	1o	4,o : 1,o
1977	6	6	12	1,o : 1,o
1978	16	6	22	2,5 : 1,o

S u i c i d v e r s u c h e

Jahr	$N_{männl.}$	$N_{weibl.}$	$N_{insg.}$	Verh. männl.:weibl.
1971	39	54	93	1,o : 1,4
1972	32	49	81	1,o : 1,5
1973	12	63	75	1,o : 5,3
1974	23	51	74	1,o : 2,2
1975	27	78	1o5	1,o : 2,9
1976	32	1oo	132	1,o : 3,1
1977	4o	112	152	1,o : 2,8
1978	49	1o6	155	1,o : 2,2

Verhältnis von Suicid : Suicidversuch

Jahr	männlich	weiblich
1971	1,o : 13,o	1,o : 18,o
1972	1,o : 3,5	1,o : 49,o
1973	1,o : 2,o	1,o : 15,8
1974	1,o : 2,9	1,o : 1o,2
1975	1,o : 3,9	1,o : 15,6
1976	1,o : 4,o	1,o : 5o,o
1977	1,o : 6,7	1,o : 18,7
1978	1,o : 3,1	1,o : 17,7

Tab. 4b Suicide und Suicidversuche Jugendlicher im Alter zwischen 14 und 18 Jahren in Schleswig-Holstein in den Jahren 1971 - 1978 mit den geschlechtsspezifischen Relationen von Suicid zu Suicidversuch

Mittelwahl bei Selbstmordversuchen

Mittel / Alter / Geschlecht	bis 14		14-18		18-3o		3o-45		45-6o		über6o		ins-ges.
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	
Leuchtgas	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
andere Arten d. Vergiftung	3	11	24	78	231	3oo	22o	278	76	95	26	61	14o3
Erhängen	2	-	1	3	8	-	18	3	15	3	5	2	6o
Ertränken	-	-	2	1	4	4	4	5	3	3	5	4	35
Erschießen	-	-	-	1	5	-	2	1	6	-	2	1	18
Überfahrenlassen	-	-	-	2	9	3	1	4	-	1	1	-	21
Sturz aus der Höhe	1	-	6	3	12	5	4	7	1	2	1	4	46
Schnitt- oder Stich-verletzungen	-	-	7	21	96	55	48	27	14	12	8	12	3oo
andere Arten	-	-	-	3	8	3	4	2	6	-	1	1	28
Mittel unbekannt	-	-	-	-	-	3	3	6	-	2	-	1	15
insgesamt	6	11	4o	112	373	373	3o5	333	121	118	49	86	1927

Tab. 5 Häufigkeit der jeweiligen Mittel der Selbstmordversuche nach Alter und Geschlecht im Bundesland Schleswig - Holstein 1977 (72,81% der Mittel sind andere Vergiftungen als die mit Leuchtgas)

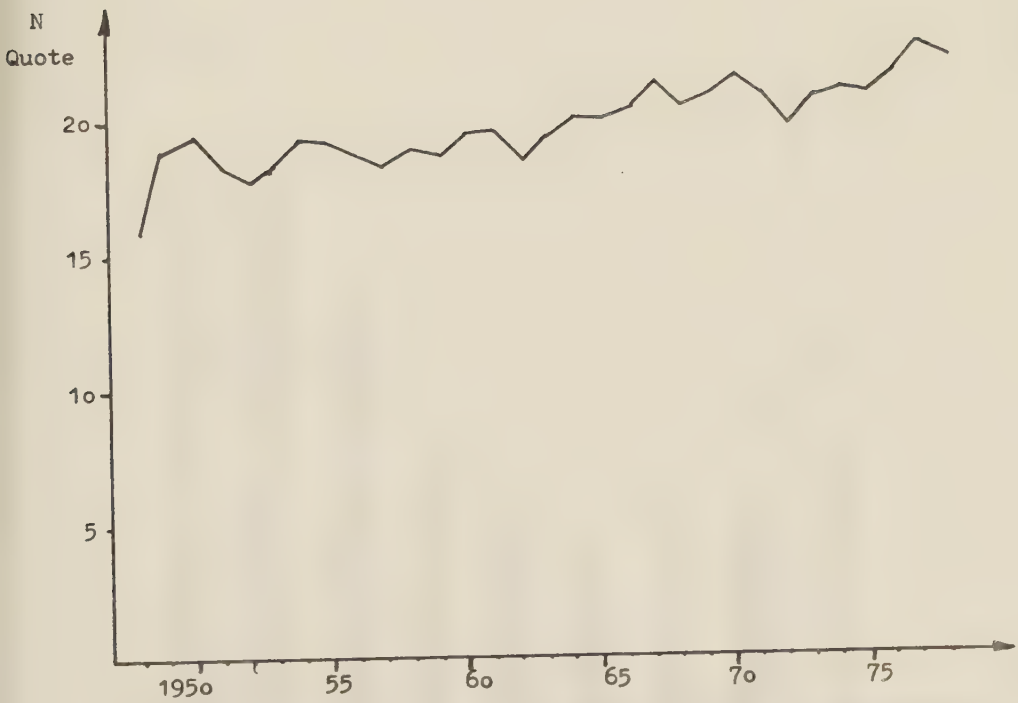


Abb. 1 Suicidquote in der Bundesrepublik(Anzahl der Selbstmordtoten pro 100.000 Einwohner) von 1948 bis 1978

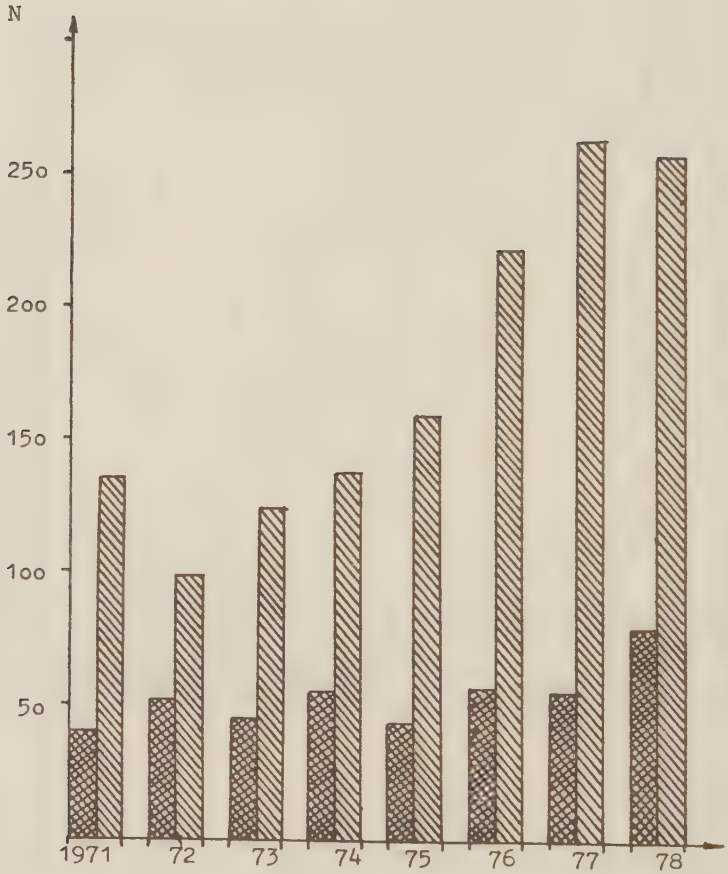


Abb. 2 Zahl der Suicide und Suicidversuche Jugendlicher(14-18J.) in Bayern von 1971 - 1978

Suicide
Suicidversuche

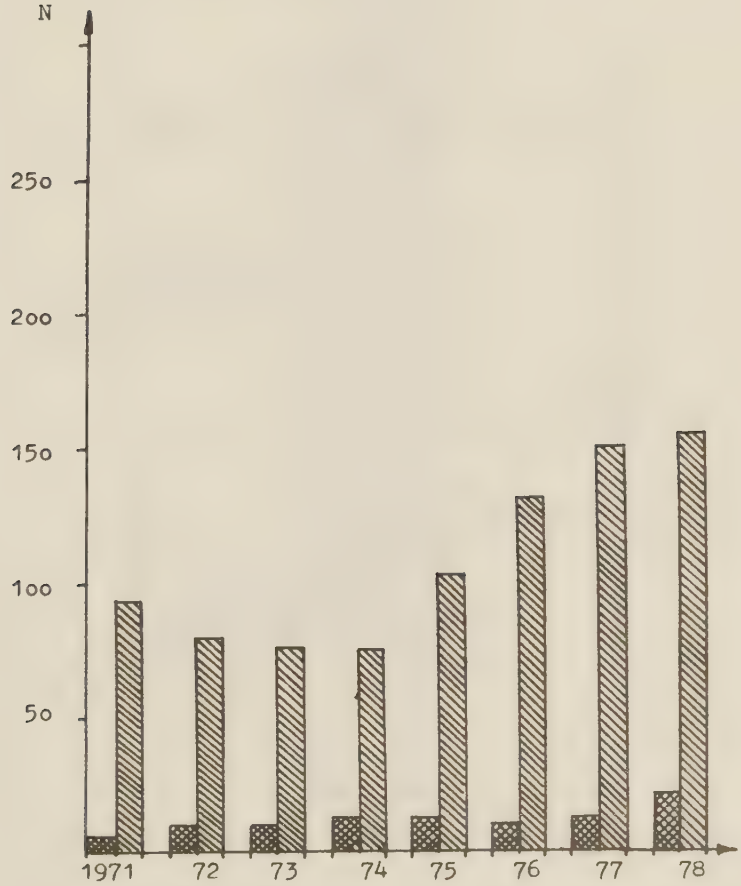


Abb. 3 Zahl der Suicide und Suicidversuche Jugendlicher(14-18J.) in Schleswig-Holstein von 1971 - 1978

Suicide
Suicidversuche

Symptomliste I

Code-Nr.	Symptom
1	Kontaktstörung
2	Schulschwänzen
3	Passivität, Initiativlosigkeit
4	Lügen
5	Diebstahl
6	Fortlaufen
7	Leistungsversagen
8	Kontaktsucht
9	Eßstörung,Gier,Fettsucht
1o	Eßstörung, Unlust, Magersucht
11	A- und Dysmenorrhoe
12	Alkoholabusus
13	Drogenabusus
14	Promiskuitäres Verhalten
15	Erziehungsprobleme(Vater)
16	Erziehungsprobleme(Mutter)
17	Erziehungsprobleme(beide Eltern)
18	Mißachtung gegenüber Verboten
19	Nägelkauen
2o	exzessive Onanie
21	Jactatio
22	Einschlafstörungen
23	Durchschlafstörungen
24	Kopfschmerzen
25	Magenschmerzen
26	Pavorzustände
27	Dunkelangst
28	Allgemeine Ängstlichkeit
29	Phobische Reaktionen
3o	Stimmungslabilität
31	Psychische Retardierung
32	Offen aggressives Verhalten
33	Aggressive Durchbrüche
34	Psychogene motorische Störungen
35	Tic
36	Sprachstörungen
37	Zwangssymptome
38	Weinerlichkeit
39	Grübelsucht

Symptomliste II

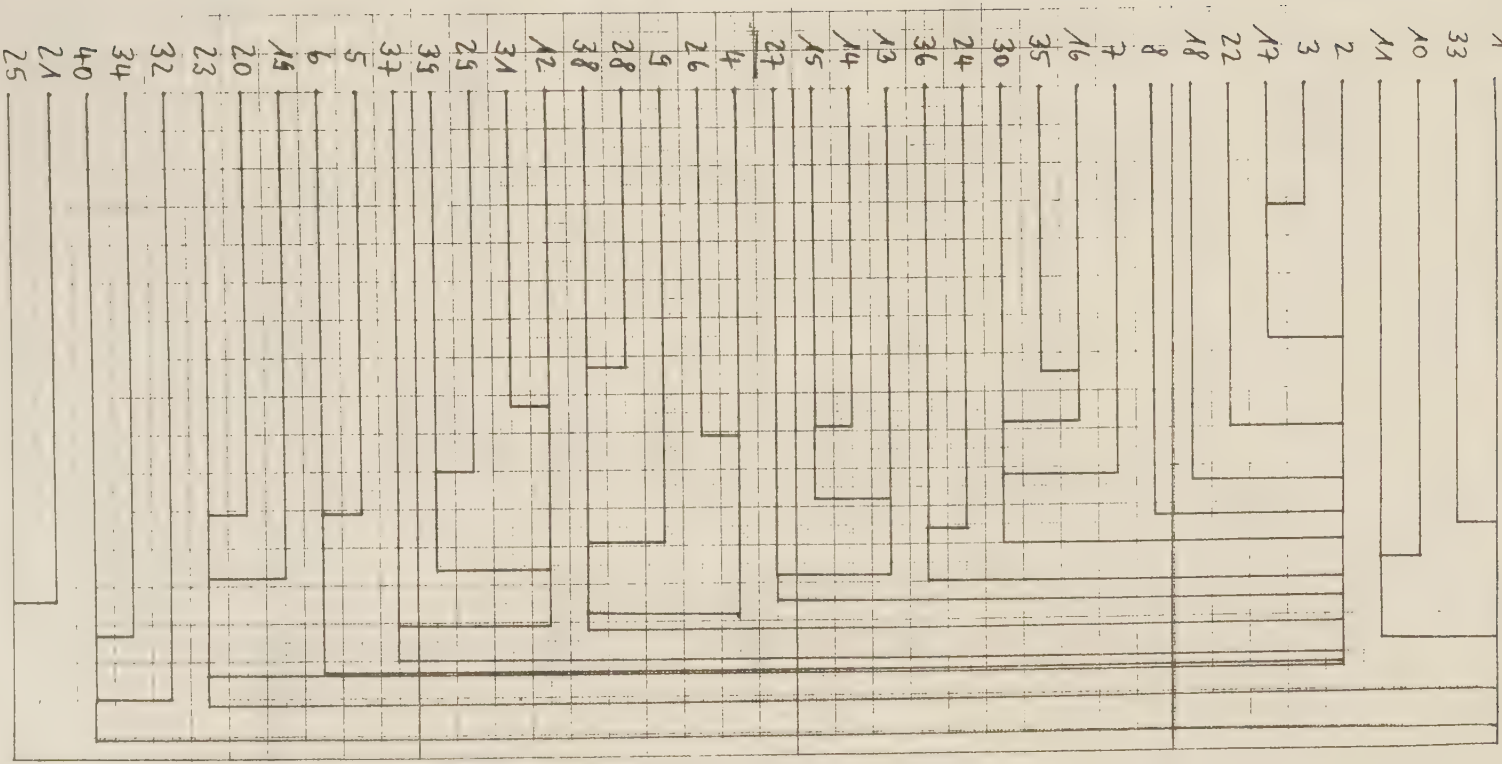
Code-Nr.	Symptom
4o	Eßstörung, Erbrechen
41	Schlechter Esser
42	Schlafstörung
43	Motorische Unruhe
44	Weinerlichkeit
45	Fehlender Trotz
46	Bauchschmerzen, Nabelkoliken
47	Kopfschmerzen
48	Nägelkauen
49	Jactatio
5o	Trichotillomanie
51	Daumenlutschen
52	Naschsucht
53	Enuresis diurna
54	Enuresis nocturna
55	Kontaktstörung
56	Ängstlichkeit
57	Phobien
58	Erziehungsschwierigkeiten
59	Aggressionen,Objekte,Eltern
6o	Aggressive Durchbrüche
61	Tic
62	Sprachstörungen
63	Leistungsschwierigkeiten
64	Initiativlosigkeit
65	Weglaufen
66	Stehlen
67	Lügen
68	Pavor nocturnus
69	Enkopresis
7o	Asthma bronchiale

Clusterbildung der Cognitionen

Clust.Nr.	Cluster-Grenzen	N der Pat. pro Clust.	Abstandsmaß
1	1 - 25	4o	12o.49
33	33 - 1	2	417.oo
1o	1o - 11	2	375.oo
11	11 - 1	4	268.5o
2	2 - 23	31	232.o1
3	3 - 17	2	84o.oo
17	17 - 2	3	667.oo
22	22 - 2	4	545.oo
18	18 - 2	5	481.oo
8	8 - 2	6	437.oo
7	7 - 3o	4	49o.oo
16	16 - 3o	3	557.5o
35	35 - 16	2	625.oo
3o	3o - 2	1o	397.96
24	24 - 36	2	421.oo
36	36 - 2	12	349.1o
13	13 - 27	4	359.33
14	14 - 15	2	556.oo
15	15 - 13	3	458.5o
27	27 - 2	16	323.12
4	4 - 38	5	3o9.5o
26	26 - 4	2	545.oo
9	9 - 38	3	4o4.oo
28	28 - 38	2	636.oo
38	38 - 2	21	291.oo
12	12 - 37	5	297.25
31	31 - 12	2	583.oo
29	29 - 39	2	5oo.oo
39	39 - 12	4	369.75
37	37 - 2	26	251.1o
5	5 - 6	2	444.oo
6	6 - 2	28	236.65
19	19 - 23	3	358.5o
2o	2o - 23	2	444.oo
23	23 - 1	35	189.5o
32	32 - 4o	3	2o2.oo
34	34 - 4o	2	286.oo
4o	4o - 1	38	144.83
21	21 - 25	2	333.oo
25	25 - 1	4o	12o.49

Clusterbildung der gewählten Cognotionen über die 4o Patienten nach dem JACCARD's Koeffizienten (Average Linkage)

Dendrogramm: Clusteranalyse der gewählten Cognitionen über die 40 Pat. der Untersuchungsgruppe Motiv



☐ ☐☐☐☐

F R A G E B O G E N
für
J U G E N D L I C H E

Name:..... Vorname:..... geb.: .. .. ..

01 Geschlecht: männlich ☐
weiblich ☐

02 Ich bin Schüler ☐ → 03 Schule: Hauptschule ☐
Sonderschule ☐
Gymnasium ☐
Realschule ☐
Handelsschule ☐
BGJ ☐

arbeitslos ☐

Lehrling ☐

04 in Klasse .... und habe die Klasse/n ..., ... wiederholt.

05 und habe den Abschluß der .....schule mit Klasse .... .

06 Zahl meiner Geschwister: 1 2 3 4 5 6 7 (bitte ankreuzen)

07 davon männliche Geschw.: 1 2 3 4 5 6 7

08 Ich bin das 1.,2.,3.,4.,5.,6., Kind in meiner Familie

09 Wer hat Dich überwiegend erzogen (nur eins ankreuzen bzw unterstreichen)

Vater/Stief-/Pflegevater ☐ Großeltern ☐
Mutter/Stief-/Pflegemutter ☐ Geschwister ☐
Heimerziehung ☐

10 Wie siehst Du die Beziehung Deiner Eltern untereinander? (jeweils ankreuzen)

Als:	überwiegend	manchmal	kaum
liebevoll			
zerstritten			
wechselnd			
gehen sich aus dem Weg			
sind sich gleichgültig			
einer befiehlt, der andere folgt			

(11) Meine Eltern leben seit .... Jahren getrennt
Meine Eltern leben seit .... Jahren geschieden
Tod des Vaters seit .... Jahren
Tod der Mutter seit .... Jahren

(12) Wie siehst Du die Beziehung von Deiner Mutter zu Dir, wie steht sie Dir gegenüber?

	a) früher	b) in letzter Zeit
liebevoll	☐	☐
wechselnd	☐	☐
geht Dir aus dem Weg	☐	☐
ziemlich gleichgültig	☐	☐
sie befiehlt	☐	☐
zerstritten	☐	☐

(13) Wie siehst Du die Beziehung von Deinem Vater zu Dir, wie verhält er sich Dir gegenüber?

	a) früher	b) in letzter Zeit
liebevoll	☐	☐
wechselnd	☐	☐
geht Dir aus dem Weg	☐	☐
ziemlich gleichgültig	☐	☐
er befiehlt	☐	☐
zerstritten	☐	☐

(14) Ich
lebe bei meinen leiblichen Eltern ☐
lebe bei meinem Vater seit .... Jahren
lebe bei meiner Mutter seit ... Jahren
habe seit .... Jahren eine Stiefmutter
habe seit .... Jahren einen Stiefvater
lebe seit .... Jahren bei Großeltern
lebe seit .... Jahren bei Pflegeeltern
lebe seit .... Jahren allein
lebe seit .... Jahren in einer Wohngemeinschaft
lebe seit .... Jahren im Heim

(15) Mein Vater ist .... Jahre alt

(16) Meine Mutter ist .... Jahre alt

(17) Versuche, Deinen Vater auf den unten genannten Gegensatzpaaren einzuordnen, wie es am ehesten auf ihn zutrifft.

"Mein Vater"

ruhend	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	fließend
kalt	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	heiß
verschwommen	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	klar
glatt	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	rauh
leer	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	voll
leise	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	laut
schwer	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	leicht
stark	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	schwach
gespannt	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	gelöst
nahe	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	entfernt
überlegen	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	unterlegen

(18) Versuche dies ebenso mit Deiner Mutter, wie es auf sie zutrifft

"Meine Mutter"

klar	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	verschwommen
gespannt	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	gelöst
schwach	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	stark
entfernt	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	nahe
leise	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	laut
leicht	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	schwer
voll	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	leer
überlegen	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	unterlegen
rauh	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	glatt
heiß	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	kalt
fließend	⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴	ruhend

(18) Stelle Dir vor, Du bewertest Deine Probleme so wie man Schulnoten bewertet: Eine 1 wäre gleichzusetzen mit " kein Problem", eine 6 mit "äußerst schweres Problem". Schätze nun alle unten unten aufgeführten Problembereiche mit den Schulnoten so ein, wie es auf Dich zutrifft.

Gib in jedem Fall eine Bewertung(Note)

1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6

"kein Problem" "äußerst schweres Problem"

Problem mit:

meinem Vater	☐	Schulleistungen	☐
meiner Mutter	☐	meiner Gesundheit	☐
meinen Lehrern	☐	Alkohol/Drogen	☐
meinen Ausbildern	☐	meiner Ängstlichkeit	☐
meiner/m Freund/in	☐	meinem Aussehen	☐
Freunden/Clique	☐	daß ich keinen Anschluß finde	☐
Geschwistern	☐	daß ich immer so traurig bin	☐
Berufsaussichten	☐	daß ich nie zu etwas Lust habe	☐
andere Probleme:		daß mich keiner versteht	☐
1.....		daß ich anders bin als andere	☐
.....	☐		
2.....			
.....	☐		

(19) Mit wem sprichst Du zur Zeit über Deine Probleme ?

Mit: ....

....

oder mit keinem ☐

(24) Mit wem hast Du früher über Deine Probleme gesprochen?

Mit: ....

....

oder mit keinem ☐

(22) Hast Du einen Selbstmordversuch unternommen? ja ☐
nein ☐

(23) Der wievielte Selbstmordversuch war das?

1., 2.,3.,4.,5.,6.,7.,Versuch

(24) Der Grund/Anlaß war:	jetzt	bei anderen Versuchen vorher
Streit mit Vater	☐	☐
" mit Lehrern	☐	☐
" mit Mutter	☐	☐
" mit Freund	☐	☐
" mit Freundin	☐	☐
" mit Freunden	☐	☐
" mit Clique	☐	☐
" mit Geschwistern	☐	☐
mein Aussehen	☐	☐
Krankheit	☐	☐
Angst vor Strafe	☐	☐
Schulzensuren	☐	☐
Verlust einer geliebten Person	☐	☐
(wer, durch was)		
.....		.....
.....		.....

(25) Mit was hast Du den jetzigen Versuch unternommen?

	jetzt	früher
Mit Schlaftabletten aus der Apotheke	☐	☐
Schlaftabletten von zuhause	☐	☐
anderen Tabletten aus der Apotheke	☐	☐
anderen Tabletten von zuhause	☐	☐
Pulsadern eröffnen	☐	☐
erhängen	☐	☐
Sprung aus Fenster von Gebäude	☐	☐
ins Wasser gehen	☐	☐
oder auf andere Art und Weise	☐	☐
welche?		.....
		.....

(26) Wenn Du Tabletten genommen hast, hast Du sie mit Alkohol eingenommen?

ja ☐ ⟶ welcher Alkohol? .....
nein ☐

(27) Hast Du vorher mit jemandem über die Selbstmordgedanken gesprochen

nein ☐

ja ☐ → mit: Vater ☐
Mutter ☐
Freund/in ☐
Geschwistern ☐
Lehrern ☐
Clique ☐
anderen, wem ?.....

(28) Hast Du einen Abschiedsbrief hinterlassen?

nein ☐

ja ☐ → an wen war der gerichtet?

An.....
.....

(29) War Dein Entschluß zu dieser Tat ganz plötzlich?

ja ☐ (weiter mit Fr. 30)

nein ☐ → hast Du den Versuch vorher geplant?

nein ☐

ja ☐ → wie lange vorher?

.....

(30) Hattest Du vor diesem Versuch schon einmal ernsthafte Selbstmordabsichten

nein ☐ (weiter mit Fr. 31)

ja ☐ → ..... Mal

→ Seit welcher Zeit- Wochen, Monate, Jahren- hast Du ernsthafte Selbstmordabsichten gehabt?

seit ....

→ In welchen Situationen hast Du daran gedacht?

.....

(31) Hat jemand aus Deiner Umgebung vorher schon mal von Selbstmord gesprochen?

nein ☐

ja ☐ →

- Mutter ☐
- Vater ☐
- Geschwister ☐
- Verwandte ☐
- Klassenkameraden ☐
- Arbeitskollegen ☐
- Freunde/innen ☐
- Nachbarn ☐

(32) Was hat Dich auf die Idee zum Selbstmord gebracht?

.....

.....

(33) Wo hast Du den jetzigen Selbstmordversuch unternommen?
(Beschreibe bitte genau den Ort)

.....

.....

Wenn Du vorher schon Selbstmordversuche unternommen hast, wo haben die statt gefunden?

.....

.....

(34) Ordne bitte das Wort "Leben", so wie Du es empfindest, was Du darunter verstehst, auf den unten genannten Gegensatzpaaren ein.
Entscheide Dich bitte in allen Fällen(Gegensatzpaaren)

"L E B E N"

bedeutet für mich eher

wild	␣␣␣␣␣␣␣␣	sanft
hoch	␣␣␣␣␣␣␣␣	tief
warm	␣␣␣␣␣␣␣␣	kalt
verlogen	␣␣␣␣␣␣␣␣	ehrlich
klein	␣␣␣␣␣␣␣␣	groß
schön	␣␣␣␣␣␣␣␣	häßlich
frisch	␣␣␣␣␣␣␣␣	abgestanden
schwach	␣␣␣␣␣␣␣␣	stark
gerecht	␣␣␣␣␣␣␣␣	ungerecht
entfernt	␣␣␣␣␣␣␣␣	nahe

(35) Ordne jetzt bitte das Wort "Tod" nach Deinen Vorstellungen ein.

" T O D "
bedeutet für mich eher

groß	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	klein
kalt	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	warm
hoch	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	tief
abgestanden	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	frisch
häßlich	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	schön
ehrlich	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	verlogen
ungerecht	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	gerecht
stark	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	schwach
sanft	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	wild
entfernt	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	nahe

(36) Versuche jetzt bitte genau zu überlegen, was Du vor Deinem Selbstmordversuch gedacht hast. Nachfolgend liest Du Gedanken und Überlegungen, die man in einer solchen Situation haben kann. Bei jeder der Aussagen sollst Du über legen was für Dich zutrifft. Ob Du sagen kannst:

a) "Das habe ich so gedacht"

b) "Das könnte ich gedacht haben"

c) "Diesen Gedanken hatte ich nicht"

Du sollst also bei dem der folgenden Sätze a,b oder c ankreuzen, so wie es für Dich zutrifft.

1.Ich bin allein und verlassen	a	b	c
2.Kein Mensch mag mich mehr	a	b	c
3.Alle sind gegen mich	a	b	c
4.Meine Mutter mag mich nicht mehr	a	b	c
5.Mir kann keiner mehr helfen	a	b	c
6.Mein Vater mag mich nicht mehr	a	b	c
7.Mich hat noch nie jemand gemocht	a	b	c
8.Keine meiner Freunde/innen mag mich mehr	a	b	c
9.Das Leben ist sowieso sinnlos	a	b	c

a)"Das habe ich so gedacht"
b)"Das könnte ich so gedacht haben"
c)"Diesen Gedanken hatte ich nicht"

10.Alles um mich herum ist grau und leer	a	b	c
11.Nichts macht mir mehr Spaß	a	b	c
12.Es wird sich nie etwas bessern	a	b	c
13.Ich will endlich meine Ruhe haben	a	b	c
14.Sterben muß man sowieso	a	b	c
15.Danach falle ich keinem mehr zur Last	a	b	c
16.Das haben die nun davon	a	b	c
17.Danach lacht keiner mehr über mich	a	b	c
18. Danach werden sie traurig sein	a	b	c

vor allem aber:

- meine Mutter ☐
- mein Vater ☐
- meine Lehrer ☐
- meine Geschwister ☐
- mein/e Freund/in ☐
- die Clique ☐

19.Danach werden sie sehen, was sie mir angetan haben	a	b	c
20. Denen werde ich es aber zeigen	a	b	c

vor allem:

- meiner Mutter ☐
- meinen Geschwistern ☐
- der Clique ☐
- meiner/m Freund/in ☐
- meinem Vater ☐
- meinen Lehrern ☐
- meinen Kollegen ☐

21. Danach wird alles besser werden	a	b	c
22. Gott wird mir schon helfen	a	b	c
23. Es muß sich endlich etwas ändern	a	b	c
24. Dann braucht sich keiner mehr über mich zu ärgern	a	b	c
25. Danach habe ich keine Probleme mehr	a	b	c

a) "Das habe ich so gedacht"
b) "Das könnte ich gedacht haben"
c) "Diesen Gedanken hatte ich nicht"

26. Dann habe ich es ihnen bewiesen	a	b	c
27. Ich würde die Schule sowieso nie schaffen	a	b	c
28. Ich kriege ja doch nie einen Freund, eine Freundin	a	b	c
29. Ich habe ja immer versagt	a	b	c
3o. Ich werde nie einen Beruf bekommen	a	b	c
31. Ich kann mich ja doch nicht durchsetzen	a	b	c
32. Ich bin ja nichts	a	b	c
33. Ich sehe einfach nicht gut genug aus	a	b	c
34. Ich habe schwere Fehler gemacht	a	b	c
35. Ich habe Schuld auf mich geladen	a	b	c

(37) Nun sollst Du wieder zwei Begriffe einordnen, einmal den Begriff "Schule", zum anderen "Freizeit"

"S c h u l e"

ist für mich

nahe	␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣	entfernt
passiv	␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣	aktiv
groß	␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣	klein
leicht	␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣	schwer
verlogen	␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣	ehrlich
sauber	␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣	schmutzig
tot	␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣	lebendig
jung	␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣	alt
kalt	␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣	warm
hoch	␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣	tief

" F r e i z e i t "

ist für mich

klein	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	groß
aktiv	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	passiv
entfernt	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	nahe
schwer	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	leicht
ehrlich	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	verlogen
schmutzig	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	sauber
lebendig	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	tot
alt	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	jung
warm	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	kalt
tief	⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴ ⌴	hoch

(38) Überlege einmal wie es mit Deinen Freundschaften war und ist.

Hattest Du im Kindergarten- und Schulalter, d.h. 1. und 2. Klasse, wirkliche Freunde bzw Freundinnen?

- ☐ ja, hatte ich
- ☐ nein, hatte ich nicht
  - → Hattest Du dann Spiel- und Klassenkameraden?
    - ☐ ja, hatte ich
    - ☐ nein, ich war fast immer allein

Wie war es im Alter von 8/9 Jahren bis zum Alter von 13/14 Jahren? Hattest Du da wahre Freunde/Freundinnen?

- ☐ ja, hatte ich
- ☐ nein, hatte ich nicht
  - → Hattest Du dann Bekannte, lockere Beziehungen?
    - ☐ ja, hatte ich
    - ☐ nein, auch die nich

Wie ist es in den letzten Jahren gewesen? Hattest Du da echte Freunschaften?

☐ ja, hatte und habe ich
☐ ja, bis vor ... Jahren
☐ nein hatte ich nicht

Wenn " ja ", a) für Mädchen: Hast, hattest Du einen Freund?
☐ ja
☐ nein

b) für Jungen: Hast, hattest Du eine Freundin?
☐ ja
☐ nein

Wenn " nein ", hattest Du Bekannte oder warst und bis in einer Clique?

☐ ja, Bekannte
☐ ja, Clique
☐ nein, weder noch

(39) Warst oder bist Du in Vereinen?

☐ nein, bisher in keinem
☐ ja, ich war im ..... Verein
im Alter von .. bis ..Jahren
im ..... Verein
im Alter von .. bis ..Jahren
im ..... Verein
im Alter von .. bis ..Jahren

☐ ja, ich bin im ..... Vereim
seit .. Jahren
im ..... Verein
seit .. Jahren
und war im ..... Verein
im Alter von .. bis ..Jahren
und im ..... Verein
im Alter von .. bis ..Jahren

(40) Hast Du vor, in oder nach Belastungssituationen
(Prüfungen, Streits, usw) - bitte jeweils ankreuzen -

Bauchschmerzen	☐	Verstopfungen	☐	Durchfall	☐
Kopfschmerzen	☐	Appetitmangel	☐	Übelkeit/Erbrechen	☐
Schlafstörungen	☐	Heißhunger	☐	nervöse Unruhe	☐
Müdigkeit	☐	Harndrang	☐		

(41) Wenn Du wirklich wütend, sauer, böse, aggressiv bist, wegen:

Deines	Vaters	☐
Deiner	Mutter	☐
Deiner	Geschwister	☐
Deiner	Freundin	☐
Deines	Freundes	☐
Deiner	Schule	☐
Deiner	Clique	☐

wie reagierst Du dann? (Bitte erst alles durchlesen)

Meistens, häufig:

a) still und traurig
b) still nach außen und habe aggressive Vorstellungen
c) zeige meine Wut, schreie, brülle oder so
d) explodiere und fühle mich danach wohl
e) explodiere und habe danach ein ungutes Gefühl
f) fresse vieles in mich hinein und platze nur selten damit heraus

Setze nun den Buchstaben Deiner jeweiligen Reaktion in das Kästchen der entsprechenden Personen bzw Situationen

z.B. wenn Du beim Vater 'still und traurig' reagierst, mußt Du a in das ☐ oben bei "Deines Vaters" einsetzen.

(42) Nun sollst Du überlegen wie Du Dich verhälst, wie Du reagierst wenn enttäuscht, entmutigt depressiv bist!

Überlege einmal wieder ganz genau.

——————→

Wenn ich enttäuscht, entmutig, depressiv bin, wegen

Vater	☐
Geschwistern	☐
Mutter	☐
Freund	☐
Clique	☐
Freundin	☐
Schule	☐

reagiere ich: (Setze den entsprechenden Buchstaben wieder ei

a) ziehe mich meistens still zurück
b) ich weine, daß es die anderen sehen
c) bekomme die unter 4o genannten Beschwerden
d) ich gehe einfach weg und denke über vieles nach
e) gehe ich zu anderen und versuch, mich abzulenken
f) versuche ich über mich und meine Gefühle zu reden

(43) Bitte überlege jetzt einmal ganz genau was Du Dir vorgestellt hast, wie es nach dem Selbstmord sei.
Was hast Du erwartet, was dann mit Dir wäre?

.....
.....
.....

(44) Versuche wiederum zu überlegen, was Du vor dem Selbstmordversuch gedacht hast. Im folgenden sind immer verschiedene Gedanken zusammengefaßt und Du sollst eine Möglichkeit, d.h. nur 1 Gedanken von den 3 oder vier Gedanken in dem Block ankreuzen.

[A]	Kein Mensch mag mich mehr	☐
	Ich bin allein und verlassen	☐
	Mich hat noch nie jemand gemocht	☐
	Alle sind gegen mich	☐

(Nur einen Gedanken ankreuzen, den der am ehesten zu trifft)

B
Meine Mutter mag mich nicht mehr ☐
Mein Vater mag mich nicht mehr ☐
Keiner meiner Freunde/innen mag mich mehr ☐

(Nur ein Kästchen ankreuzen, das richtigste)

C
Alles um mich herum ist grau und leer ☐
Das Leben ist sowieso sinnlos ☐
Sterben muß man sowieso ☐

D
Es wird sich nie etwas bessern ☐
Mir kann keiner mehr helfen ☐
Ich will endlich meine Ruhe haben ☐

E
Es muß sich endlich etwas ändern ☐
Danach wird alles besser werden ☐
Danach habe ich keine Probleme mehr ☐

F
Das haben die nun davon ☐
Danach werden sie sehen, was sie mir angetan haben ☐
Dann werden sie traurig sein ☐

mein Vater ☐
meine Lehrer ☐
meine Mutter ☐
meine Geschwister ☐
mein/e Freund/in ☐
meine Clique ☐

(wer am meisten? nur eins ankreuzen)

Dann habe ich es ihnen bewiesen ☐

G
Gott wird mir schon helfen ☐
Dann braucht sich keiner mehr über mich zu ärgern ☐
Dann falle ich keinem mehr zur Last ☐

H
Ich würde die Schule sowieso nie schaffen ☐
Ich werde nie einen Beruf bekommen ☐
Ich kriege ja doch nie einen Freund, eine Freundin ☐

I	Ich habe ja immer versagt	☐
	Ich habe schwere Fehler gemacht	☐
	Ich habe Schuld auf mich geladen	☐
K	Ich kann mich ja doch nicht durchsetzen	☐
	Ich sehe einfach nicht gut genug aus	☐
	Ich bin ja nichts	☐

Bis hierhin hast Du nun schon sehr viel geleistet!

Mach nun eine Pause und beginne dann den letzten Teil!

- - - - - - - -

T E I L II

Bitte umblättern !

Danksagung

Meinem Doktorvater, Herrn Professor Dr.phil.W.PIEL, Lehrstuhl für Sonderpädagogische Psychologie der Universität Dortmund, danke ich für die Überlassung des Themas und anregende Betreuung der Arbeit.

An meinen im Dezember 1982 verstorbenen Lehrer, Herrn Professor Dr.med. H.W.LÖWNAU, bis Dezember 1980 Direktor der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zentrum Nervenheilkunde der Universität Kiel, erinnere ich mich dankbar, vor allem wegen seiner kritisch-anregenden Reflexionen zu dem Thema der Arbeit.Mein Dank gilt ihm auch für die Überlassung des Datenmaterials ebenso wie Herrn Professor Dr.med.G. SCHÜTZE, seit Januar 1981 Abteilungsdirektor der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Herrn Professor Dr.rer.nat.K.HAUSS gebührt mein Dank für die Bereitschaft zur Übernahme des Korreferates der Arbeit.

Als Diagnostiker unterstützten mich die Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie Frau Dr.med.R.SIEBERT und die Herren Kollegen Diplom-Psychologe Dr.paed.B.HOBROCKER und Dr.med.K.SCHWERDA, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ihnen sowie Frau Dr.med.P.DÖDERLEIN und Herrn Diplom-Pädagogen Dr.phil.B.TISCHLER gilt mein Dank für ihre hilfreiche Unterstützung bei der Datenerarbeitung.

Lebenslauf

Am 3.7.1940 wurde ich als Sohn des technischen Angestellten Ferdinand Schmitz und seiner Ehefrau Walda, geb. Walter, in Hannover geboren. Meine Kindheit und Jugend verbrachte ich in Gehrden, einer Kleinstadt vor den Toren Hannovers. Dort in Hannover besuchte ich nach der vierjährigen Volksschulzeit in Gehrden von 1951-1957 die Humboldt-Schule, ein mathematisch-naturwissenschaftliches Gymnasium.
Im Anschluß daran absolvierte ich eine dreijährige Lehre als Einzelhandelskaufmann. Nach einem halben Jahr Berufstätigkeit wurde ich im April 1961 Kollegiat des Braunschweig-Kollegs, an dem ich im April 1963 meine Reifeprüfung ablegte.

Im Sommersemester 1963 immatrikulierte ich mich an der Christian-Albrechts-Universität in Kiel, an der ich im Oktober 1968 meine Diplomprüfung als Psychologe absolvierte.

1968 heiratete ich meine Frau Petra, geb. Viehoff. 1968 und 1972 wurden unsere Söhne Patrick und Sören-Douglas geboren.

Im Januar 1969 begann ich meine berufliche Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Kiel. Mein wissenschaftliches Interesse gilt Fragen der Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten psychisch auffälliger Jugendlicher, insbesondere im Rahmen forensischer Jugendpsychiatrie.

1978 immatrikulierte ich mich an der damaligen Pädagogischen Hochschule Ruhr in Dortmund zum Zwecke eines Promotionsstudiums.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Dozenten Benkmann, Betzendahl, Jürgens, Kötter, Löwnau, Mierke, Peters, Piel, Störring, Trappe, Traxel, Vogel, Völkel und Wegener.